

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889

THÈSE

N°

336

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 27 juillet 1889 à 1 heure

Par JOSEPH-ALEXANDRE HUE

Ancien externe des Hôpitaux

Né à Orbec (Calvados) le 14 décembre 1862

DES SIGNES PHYSIQUES
DE LA PLEURÉSIE

ET DE

LEUR VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

Président de la Thèse : M. le professeur BALL.

Jury : MM. { DIEULAFOY, professeur.
BALLET, agrégé.
TROISIÈRE, agrégé.

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, Rue Racine, 23

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen

M. BROUARDEL.

Professeurs :

MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
	DAMASCHINO
Pathologie chirurgicale.....	GUYON.
	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	DUPLAY.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....	PINARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
Maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CHARCOT.
	RICHEL.
Clinique chirurgicale.....	VERNEUIL.
	TRELAT.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER

Professeurs honoraires : GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	HANOT.	POIRIER, chef des travaux anatomiques	Ritemont-Pessaignes.
BLANCHARD.	HANRIOT.	POUCHET.	A. ROBIN.
BOUILLY.	HUTINEL.	QUENU.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	JALAGUIER.	QUINQUAUD.	SEGOND.
BRUN.	JOFFROY.	RAYMOND.	TROISIER.
BUDIN.	KIRMISSON.	RECLUS.	VILLEJEAN.
CAMPENON.	LANDOUZY.	REMY.	
CHAUFFARD.	MAYGRIER.	REYNIER.	
DEJERINE.	PEYROT.		

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

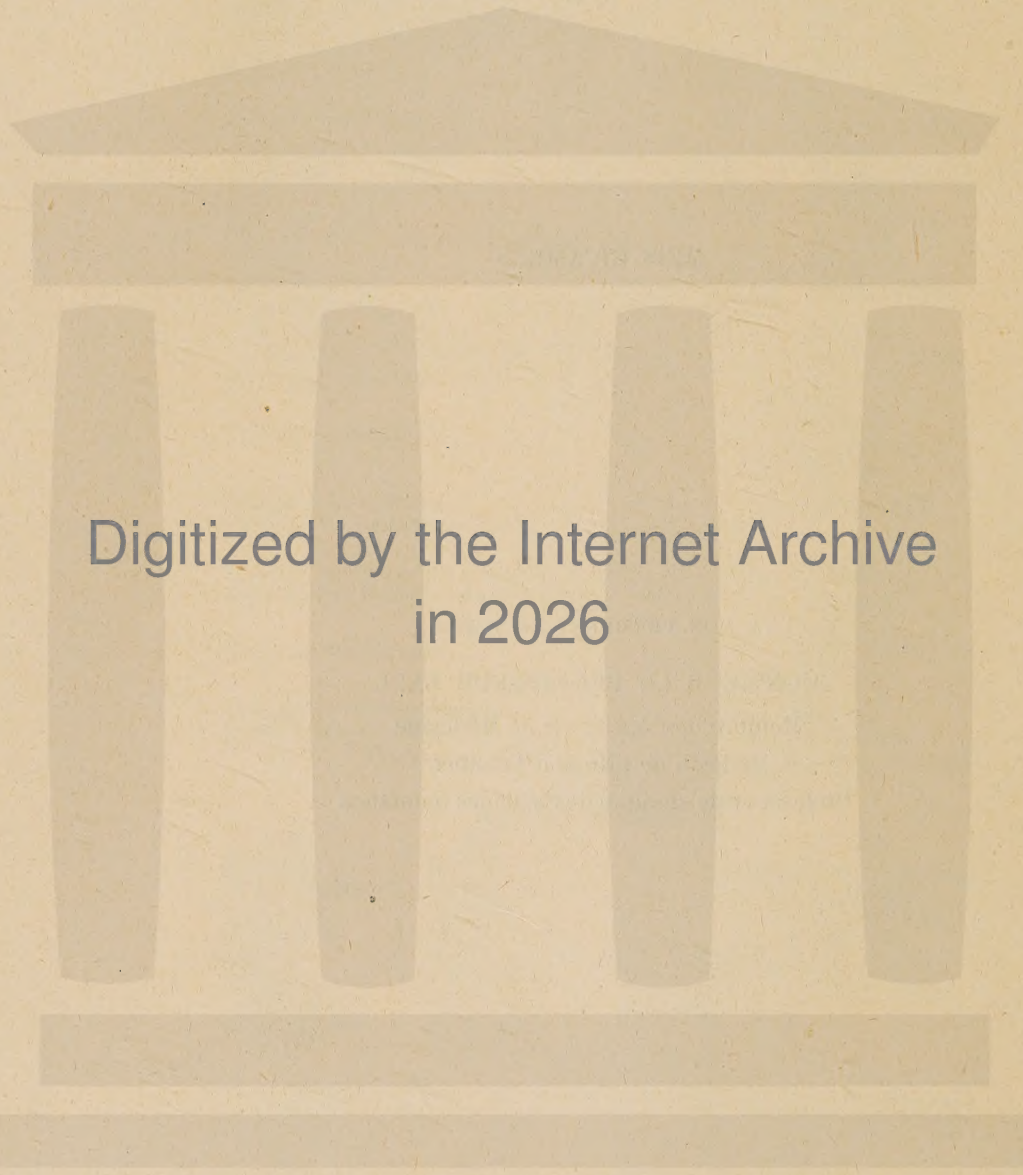
A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BALL

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital Laennec

Professeur de clinique des maladies mentales



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554027_0030

AVANT-PROPOS

Notre but dans ce travail, n'est point de retracer la symptomatologie de la Pleurésie franche. Nous avons au contraire, eu l'idée de rassembler les cas anormaux épars dans les auteurs, où la présence des signes physiques de cette affection dument observés avaient pu faire diagnostiquer son épanchement pleural, alors que les autopsies venaient montrer que l'on s'était fourvoyé et que l'on avait affaire à tout autre affection.

Nous voulons aussi montrer que tout en s'appuyant sur les classiques on peut s'exposer à commettre de graves erreurs ; soit que, retrouvant les signes de la pleurésie, on se trouve en face d'une autre affection (Pneumonie, spléno-pneumonie, adénopathie bronchique, etc.), soit au contraire, que l'absence de ces mêmes signes fasse méconnaître l'existence d'un épanchement.

Avant nous, dans cet ordre d'idées, Pignol, dans sa thèse de 1887, a montré que certains signes que l'on est habitué à considérer comme pathognomoniques de l'épanchement pleural, n'ont qu'une valeur absolument relative et peuvent se trouver dans les cas les plus divers.

Ce qu'il a fait pour quelques signes et à un point de

vue général, nous avons eu l'idée de le tenter pour tous les signes physiques de l'épanchement pleural, n'envisant exclusivement que leur valeur dans l'étude de la pleurésie.

Après avoir exposé rapidement les signes physiques de la pleurésie, nous les reprendrons un à un, nous discuterons leur valeur sémiologique et nous apporterons à l'appui de nos données les observations que nous avons pu recueillir; préférant à chaque argument présenter le fait à l'appui, au lieu de réunir les observations et de les reporter à la fin du travail.

Qu'il nous soit permis d'adresser tous nos remerciements à nos maîtres dans les hôpitaux, à M. Maygrier dont nous n'oublierons pas les excellentes leçons; à M. Tillaux, qui fut pour nous le plus bienveillant des maîtres, à M. le professeur G. Sée qui nous a initié aux découvertes de la thérapeutique expérimentale.

Nous ne pouvons terminer sans remercier notre ami Pignol, qui a bien voulu nous guider dans nos recherches et qui par ses conseils nous a singulièrement facilité la tâche.

Que M. le professeur Ball, de qui nous avons été l'élève, veuille bien agréer ici, tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

EXPOSÉ DES SIGNES PHYSIQUES DE LA PLEURÉSIE

Nous empruntons cet exposé des signes physiques de la Pleurésie au traité de Pathologie de M. le professeur Jaccoud.

Dès que l'épanchement remplit le sillon costodiaphragmatique dans une hauteur de quelques centimètres, il est appréciable par des signes physiques qui varient un peu dans les différents cas, mais qui résultent tous de l'interposition d'un corps mauvais conducteur du son entre le poumon et la paroi thoracique.

L'inspection montre la diminution des excursions respiratoires du côté malade, et (quand l'épanchement est considérable) l'ampliation du thorax qui débute ordinairement au-dessous de l'omoplate et dans la région latéro-inférieure.

La palpation fait constater la diminution ou l'absence des vibrations vocales dans toute l'étendue occupée par le liquide. Dénotant à coup sûr la présence d'un liquide dans la plèvre, ce signe est plus positif encore que la matité; car celle-ci est produite non par les liquides seuls, mais par les fausses membranes épaisses et les tumeurs pleuro-pulmonaires.

Lorsque l'épanchement ne remplit pas la totalité de la cavité pleurale, et que le poumon condensé, mais encore perméable, est refoulé dans la région sous-claviculaire, ou dans la région scapulo-vertébrale, les vibrations locales ne sont pas seulement conservées à ce niveau, elles sont nettement exagérées.

Percussion. — Le premier signe fourni par la percussion est un son tympanique dans les points où le liquide s'accumule tout d'abord, c'est-à-dire sur la partie latéro-inférieure du thorax, et en arrière, au niveau du sillon pleuro diaphragmatique. Ce son qui indique un épanchement fort peu abondant est rarement observé.

Lorsque la couche liquide augmente d'épaisseur, la percussion ne produit plus d'ébranlement sonore dans le tissu pulmonaire ; le son est mat, et, au lieu de l'élasticité thoracique normale, le doigt qui percute éprouve une sensation de résistance proportionnelle à la masse du liquide.

La matité égale en étendue l'espace occupé par le liquide. Au voisinage de son niveau supérieur elle s'affaiblit et passe graduellement au son thoracique normal.

La ligne de niveau de la matité affecte une disposition parabolique : on donne à cette ligne le nom de liquide de Damoiseau. C'est en effet Damoiseau qui a décrit cette disposition vers 1843.

La percussion donne encore un signe c'est le son skodique, qui quelquefois peut se transformer et prendre un timbre métallique ; c'est alors le tympanisme de Williams. Quoiqu'il en soit : skodisme ou son tympanique de

Williams s'entendent dans la région sous-claviculaire du côté malade.

Auscultation. — L'auscultation révèle d'abord une diminution dans la force du bruit respiratoire ; puis c'est un souffle d'abord borné à l'expiration, puis s'étendant à l'inspiration. Ce souffle doux, vibrant, lointain, comme voilé, subit diverses modifications selon l'abondance de l'épanchement et l'état du poumon. Il disparaît et fait place au silence là où le liquide s'est substitué au poumon ; il persiste avec ses caractères primitifs là où la couche liquide est restée assez mince pour transmettre le bruit vésiculaire prolongé et vibrant ; il prend le caractère bronchique ou tubaire là où la compression du parenchyme pulmonaire est assez forte pour en détruire la perméabilité, et pour permettre la transmission du bruit des bronches moyennes à travers le liquide et le tissu condensé ; il prend le timbre caverneux ou amphorique quand la compression aplatit les petites bronches et que les grosses divisions bronchiques sont seules perméables ; quand la compression est complète, le souffle peut être remplacé par un silence absolu, les bronches n'étant plus accessibles à l'air.

La voix auscultée présente des variations identiques à celles du murmure vésiculaire. Elle est bronchique si le souffle est bronchique ; caverneuse ou amphorique quand le souffle le devient. Si le souffle est doux, voilé, la voix prend alors un caractère particulier, elle devient chevrotante ; c'est l'égophonie de Laennec.

Souvent on entend aussi quelques râles bronchiques ;

parfois des frottements ; mais un signe plus important est la pectoriloquie aphone étudiée par Baccelli et Guéneau de Mussy, signe que ces auteurs considéraient comme pathognomonique de l'épanchement séro-fibrineux.

Tel est l'exposé classique des signes physiques de la pleurésie. Malheureusement ces signes ne sont pas constants, l'un ou l'autre peut manquer ; quelquefois ils manquent en presque totalité. De plus, aucun de ces signes n'est véritablement pathognomonique, ils peuvent se retrouver isolément dans un certain nombre d'affections autres que les affections pleurales. Malgré cela le diagnostic serait encore relativement facile si en présence de la réunion de ces signes on pouvait affirmer l'existence de la pleurésie. Or il n'en est rien, car certaines affections pulmonaires nous donnent cet ensemble de symptômes que l'on est habitué à ne rencontrer que dans la pleurésie. C'est du reste ce que nous nous efforcerons de démontrer à l'aide des faits nombreux que nous avons pu recueillir.

DE L'INSPECTION

Diminution des excursions respiratoires et déformation du thorax, voilà ce que l'inspection nous fournit comme signes. La diminution des excursions respiratoires est loin d'appartenir en propre à la pleurésie, nous la trouvons dans un certain nombre d'autres affections. Dans la spléno-pneumonie, par exemple, c'est un signe qui rarement fait défaut. Chez l'emphysémateux nous rencontrons constamment cette diminution des excursions respiratoires : L'hydrothorax nous donne encore cette même diminution mais où nous trouvons ce signe au maximum, c'est chez l'individu atteint d'hydro-pneumothorax : celui-ci immobilise complètement tout le côté atteint.

En raison du nombre d'affections où se rencontre ce symptôme, nous croyons qu'on serait mal fondé à lui attacher une grande valeur diagnostique.

Pour ce qui est de la déformation du thorax, de la voussure qui en général s'accompagne d'effacement des espaces intercostaux, nous verrons que la valeur de ce signe est bien modeste. Et d'abord pour que cette voussure existe il est nécessaire que l'épanchement soit

un peu considérable. En effet tant que les limites de l'élasticité pulmonaire ne sont pas dépassées, le liquide épanché dans la cavité pleurale prend la place du poumon qui se retire et n'exerce aucun effort sur la paroi thoracique ; ce n'est que plus tard, de nouvelles quantités de liquide s'accumulant, que la paroi se trouve refoulée et que la voussure se produit. Ce signe a donc ce premier défaut de ne pouvoir exister que dans certaines conditions.

Il en est une autre beaucoup plus grave, cette voussure se rencontre dans des affections où il n'existe nulle trace d'épanchement. Et d'abord, quand cette dilatation est étendue à tout un côté du thorax, elle est difficilement appréciable à la vue. Il est vrai que pour remédier à cette difficulté on a proposé la mensuration du thorax. Cette mensuration comparative des deux côtés du thorax n'a guère donné que de médiocres résultats. Le compas d'épaisseur de Chomel, le cyrtomètre de Woillez n'ont pas donné de résultats plus satisfaisants. En admettant même que par ces divers moyens on trouve une différence d'amplitude des deux côtés de la poitrine, sommes-nous fondés à nous appuyer sur ce signe. Walshe dans son traité d'auscultation nous fournit la réponse. Les deux côtés de la poitrine, dit-il, ne présentent pas la même amplitude. Il y a souvent entre les deux côtés une différence de un centimètre à un centimètre et demi. » Si à l'état normal nous trouvons des différences entre les deux côtés de la poitrine ; quel renseignement pouvons-nous tirer de la mensuration à l'état pathologique.

Cet accroissement antéro-postérieur de la poitrine n'est

pas particulier à la pleurésie nous le retrouvons dans la pneumonie, dans l'emphysème. Les tumeurs intra-thoraciques, le pneumothorax, l'hydrothorax donnent lieu au même phénomène. Quant à la spléno-pneumonie à chaque signe que nous passerons en revue, nous la trouverons constamment présentant ce signe avec plus ou moins de netteté.

Depuis les expériences de M. Peyrot qui, en injectant du plâtre solidifiable dans une des cavités pleurales d'un cadavre a constaté que non-seulement le côté atteint se déformait mais que tout le thorax subissait une déformation, le côté malade tendant à prendre une forme cylindrique, le côté sain subissant lui une déformation compensatrice, on savait que le sternum se trouvait entraîné du côté de l'épanchement.

Ce résultat expérimental a reçu son application en clinique. En 1885, M. le professeur Pitres (de Bordeaux) faisait connaître ce qu'il appelle le signe du cordeau. Chez l'homme normal, le fil tendu du milieu de la première pièce sternale au milieu de la symphyse pubienne passe exactement par la ligne médiane du sternum et la ligne blanche de l'abdomen.

Applique-t-on le même procédé à un sujet atteint de pleurésie avec voussure, le fil ne correspond plus à la ligne médiane du plan antérieur du corps, et la ligne médiane du sternum forme un angle plus ou moins aigu avec le fil, en raison de l'entraînement qui a eu lieu vers le côté distendu.

On pouvait donc se croire en possession d'un signe pouvant servir à différencier l'épanchement pleurétique

de la spléno-pneumonie, dans laquelle l'ampliation du thorax est pour ainsi dire constante. Quoique rare dans la spléno-pneumonie ce signe peut s'y trouver ainsi que le montre une observation publiée par M. Bourdel. (de la spléno-pneumonie, thèse de Paris 1886) observation que nous reproduisons plus loin.

La voussure nettement localisée à une région du thorax présenterait une plus grande valeur que l'ampliation totale, c'est du moins l'opinion de M. Bouilly. Cette valeur n'est cependant que relative, en effet Trousseau en parlant des kystes hydatiques du poumon dit que ces kystes lorsqu'ils ont pris un certain degré de développement, donnent souvent lieu à une voussure très bien limitée, au niveau de laquelle on perçoit tous les signes physiques de l'épanchement pleural.

Quant à l'effacement des espaces intercostaux nous n'en dirons que peu de mots, c'est un signe que l'on retrouve constamment dans la pneumonie. L'effacement des espaces intercostaux, du creux sous-claviculaire sont également notés chez les pleurétiques et chez les emphysémateux. Ils le seraient aussi dans le pneumothorax.

Des divers signes que nous venons de passer en revue, nous pensons que le signe du cordeau sera d'un grand secours pour le diagnostic des pleurésies à type mal défini, encore que ce signe puisse se retrouver dans la spléno-pneumonie ; on en trouvera un exemple dans l'observation qui suit :

OBSERVATION

(empruntée à la thèse de M. Bourdel, Paris, 1886)

SPLÉNO-PNEUMONIE DROITE

Le nommé Esp..., Albert, âgé de 24 ans, garçon de bains, entré le 18 octobre 1885 à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Constantin Paul, salle St-Henri, lit n° 18.

Il ne présente aucun antécédent héréditaire.

A part toujours une certaine tendance à l'essoufflement dans les grands efforts ou la marche très précipitée, il a une santé parfaite et n'est nullement sujet à tousser.

Le 7 octobre, à la suite d'un refroidissement évident, il a été pris de toux avec légère expectoration. Le lendemain, léger point de côté à droite, mais ne l'ayant pas empêché de continuer son travail.

Au bout de 5 jours, le 12, il éprouve du côté droit une violente douleur et une gêne très grande pour respirer qui le forcent à garder le lit. Peu d'expectoration.

Le 18. *Etat actuel.* — Nous trouvons le malade dans un état de dyspnée très grande (38 respirations par minute); il est couché en partie, sur le côté gauche à cause de la douleur très vive qu'il éprouve à droite et qui siège au niveau du sixième espace intercostal. Cette douleur est exaspérée par le moindre mouvement du tronc et par la respiration, aussi le malade fait-il tous ses efforts pour éviter le jeu de son côté droit, qui reste, en réalité presque immobile.

La langue est saburrale, il y a de l'innappétence, de la fièvre (39°4 le soir).

L'examen du thorax donne les résultats suivants :

Côté gauche. — Normal à tous les points de vue.

Côté droit. — Amplexation. — Augmentation très nette du

volume du côté droit. Les espaces intercostaux sont élargis et un peu saillants. — Mensuration. — Le demi-périmètre thoracique pris au niveau des septièmes côtes est à droite, de 42 c. et à gauche de 40 c. seulement. — Palpation. — Abolition totale des vibrations peu à peu, sans aucune zone d'exagération, pour revenir presque normales au sommet.

Percussion. — Matité absolue dans toute la moitié inférieure, submatité dans la partie supérieure. — Auscultation. — Respiration nulle à la base ; souffle à la limite du tiers moyen et du tiers inférieur. de caractère aigre, expiratoire. Egophonie nette. Pectoriloquie aphone. Aucune crépitation en aucun point, même par la toux où les grandes inspirations. Dans la région sous-claviculaire ; signes de congestion, se traduisant par le schème n° 2 de M. Grancher : Sonorité exagérée. Vibrations exagérées. Respiration diminuée.

Ajoutons que le foie ne paraît pas abaissé malgré l'extrême dilatation du thorax et qu'il ne déborde nullement les fausses côtes.

La toux est un peu fréquente, mais pénible, quinteuse. L'expectoration rare est claire, filante, gommeuse.

En présence de ces signes, le diagnostic de pleurésie avec épanchement abondant et probablement (un peu de congestion pulmonaire est porté par tous ceux qui examinent le malade.

Ce diagnostic semble encore confirmé par la recherche que nous faisons du signe du cordeau. Tendant un fil du milieu de la fourchette sternale à la symphyse pubienne, pendant que le malade repose bien à plat sur le dos, nous trouvons que ce fil ne se superpose pas à la ligne médiane du sternum préalablement et exactement tracée au crayon dermatographique, et que cette ligne est déviée d'un centimètre environ vers la droite.

Le 20, la dyspnée a encore augmenté depuis l'entrée (42 respirations) ; le point de côté est toujours très violent. Le malade est couché de trois quarts sur le côté gauche ; sa voix est faible ; entrecoupée et ses narines se dilatent activement à chaque inspiration. Voussure toujours très accentuée. Matité toujours absolue

à la base droite qui reste immobile pendant les efforts respiratoires et contraste de la façon la plus manifeste par cette immobilité avec le côté gauche qui est agité de mouvements rapides et profonds.

Le 21. Même état, nous pratiquons à droite dans les sixièmes et septième espaces intercostaux, au moyen de la seringue de Pravaz, deux ponctions exploratrices qui ne donnent que quelques gouttes de sang mélangé à des bulles d'air. Chaque fois nous avons bien pris la précaution de n'enfoncer l'aiguille que lentement, tout en maintenant continuellement le vide dans la seringue.

Le 22. Le point de côté a un peu diminué, mais il reste toujours une grande dyspnée. Même décubitus du malade. A la base toujours de la matité avec silence respiratoire complet, sans la moindre crépitation même par la toux. Toujours souffle, avec égophonie et pectoriloquie aphone.

Les jours suivants : même état.

Le 29. Les signes physiques restant les mêmes, ainsi que la fièvre, nous faisons deux nouvelles ponctions exploratrices dans les sixièmes et septième espaces intercostaux, au moyen de la seringue de Pravaz. Celles-ci ne donnent, comme les premières, issue qu'à du sang et à quelques bulles d'air et nous permettent de constater que, depuis la première exploration, il ne s'est produit aucun épanchement dans la plèvre.

Les signes physiques persistent pendant quinze jours environ en s'atténuant.

Le 16 décembre jour de sa sortie, il ne reste qu'une légère ampliation du côté droit.

DE LA PALPATION

La palpation fournit dans l'étude de l'épanchement pleurétique deux signes qui possèdent une assez grande valeur, quoique aucun d'eux en soit pathognomique. Nous voulons parler de l'abolition ou mieux de la diminution des vibrations thoraciques et du déplacement des organes.

L'abolition des vibrations thoraciques a été signalé par Laënnec; qui le premier a formulé ce principe : « Les vibrations n'existent pas quand le poumon est imperméable à l'air et qu'il est séparé de la paroi thoracique. » Cependant Laënnec ne paraît pas avoir apprécié à sa valeur l'importance de ce signe clinique : « Ce frémissement dit-il, n'ayant dans aucun cas une grande intensité, il est difficile de faire des examens comparatifs à cet égard et par conséquent d'en tirer des résultats applicables au diagnostic des maladies du poumon. On peut seulement présumer, quand il existe, qu'une partie du poumon est perméable à l'air, mais on ne peut rien conclure de son absence. »

Reynaud signale l'absence des vibrations thoraciques

dans la pleurésie et son assertion se trouve bientôt vérifiée par Andral,

Woillez paraît être le premier qui se soit élevé contre la valeur absolue que l'on donnait à ce phénomène. Il a observé des pleurésies où malgré la preuve d'épanchement, il a trouvé de la sonorité, conservation des vibrations et un murmure vésiculaire presque normal à l'auscultation. Voici du reste en quels termes s'exprime Woillez: « Cette abolition des vibrations thoraciques au niveau des épanchements pleuraux n'a pas la valeur absolue qu'on lui a donnée, je ne l'ai trouvée que chez quatorze sujets, les autres ne présentant qu'une simple diminution des vibrations thoraciques, à l'exception de deux, chez lesquels ces vibrations se faisaient, comme dans l'état normal des deux côtés. » (Woillez, Traité des maladies aiguës des voies respiratoires).

Monneret au contraire accorde une très grande valeur à ce signe, il en fait un élément de diagnostic entre la pneumonie et la pleurésie.

Walshe dans son traité d'auscultation fait les mêmes réserves que Woillez. Voici en quels termes il s'exprime : « Quand le poumon est tenu à des parois thoraciques par une accumulation de gaz ou de liquide dans la plèvre, comme dans le pneumothorax et les épanchements pleurétiques d'origine inflammatoire, hémorrhagique ou hydropique le frémissement vibratoire est généralement nul. Par malheur, cependant, on peut le retrouver dans quelques cas à la base du poumon et au niveau d'épanchements même assez copieux. On peut quelquefois se rendre compte de ce fait pas de fortes adhérences qui condui-

sent les vibrations des poumons aux parois ; mais parfois il n'est passible d'aucune explication satisfaisante. »

Puis loin au sujet de l'abolition de ces mêmes vibrations il dit : « des infiltrations pulmonaires très-considérables, qu'elles soient fibrino-plastiques, pseudo-fibreuses, cancéreuses ou de tout autre nature, abolissant les vibrations, surtout si la partie infiltrée est éloignée des gros tuyaux bronchiques et si la voix est faible ».

Pour M. Bouilly la diminution des vibrations thoraciques n'a que peu de valeur pour affirmer la présence d'un épanchement ; car cette diminution peut se produire dans beaucoup de circonstance. Si, au contraire on trouve une abolition absolue dans toute l'étendue de la matité, abolition s'étendant à la région antérieure, on peut selon lui, affirmer l'épanchement et l'épanchement abondant.

Dans l'appréciation de l'amplitude des vibrations thoraciques, il ne faut pas oublier les variétés individuelles. A l'état normal tous les thorax ne sont pas également aptes à vibrer pendant la phonation. Les vibrations se percevront mieux chez l'adulte maigre à voix grave, que chez l'individu qui, avec des parois molles et flasques possèdera une voix aigue. De plus ces vibrations ne se perçoivent pas avec la même intensité dans tous les points.

Voici d'ailleurs d'après Monneret les régions où se rencontrent les vibrations ; d'abord la trachée et le larynx, puis la région sternale, celle de la clavicule, la partie postéro-supérieure du thorax, la partie postéro-latérale, enfin la partie inféro-latérale. Les vibrations prédominent toujours du côté droit.

Si à l'état physiologique les vibrations thoraciques

sont soumises à de nombreuses variations, à l'état pathologique elles n'en subissent pas moins. Nous empruntons à la thèse de M. Pignol l'exposé de la doctrine classique, « Quand le poumon est condensé par suite d'une altération de son parenchyme où refoulé purement et simplement (hépatisation pneumonique. congestion, pleurésie sans adhérences, permettant au poumon de flotter au dessus du liquide), les vibrations thoraciques augmentent (au niveau du poumon seulement dans le dernier cas). Quand au contraire le poumon est séparé des parois de la poitrine par un épanchement liquide ou gazeux, même si cet épanchement est en lame mince, elles sont très diminuées, et peuvent être complètement abolies. Il en est encore ainsi quand il existe de l'œdème des parois ou de fausses membranes pleurales. »

Si cette opinion est généralement admise, il n'est pas moins vrai qu'un certain nombre de faits viennent s'inscrire en faux contre elle.

La thèse de M. Pignol renferme un certain nombre de ces faits que d'autres avaient déjà constatés avant lui. Dans Grisolle nous trouvons relatés des cas de pneumonies avec vibrations diminuées. Ces faits sont mêmes assez nombreux pour que Fournet ait pu dire: « Dans la pneumonie et la pleurésie, les vibrations sont également éteintes. » Sans nous associer à cette affirmation par trop absolue, nous croyons cependant que les faits sont assez nombreux pour mériter d'entrer en sérieuse ligne de compte. M. le prof. Grancher montre que cette extinction des vibrations thoraciques se trouve dans la forme massive de la pneumonie (Gaz. Méd. de Paris, 1877, n° 48. — 1878 n° 1, 4, 8).

Dans le cancer du poumon les vibrations thoraciques sont également abolies. (Darolles, Thèse de Paris, 1877.)

Nous avons dit plus haut que Woillez rapportait deux cas de pleurésie avec épanchement dans lesquels il avait observé la conservation des vibrations thoraciques. Ce fait a été noté plusieurs fois et nous rapporterons une observation que nous avons pu prendre dans le service du prof. G. Sée. Dans la thèse de M^{lle} Bouchier (Doct. Paris, 1882), nous trouvons un certain nombre de faits rapportés déjà dans les cliniques de Guéneau de Mussy.

Pignol a cherché à reproduire expérimentalement les vibrations, malgré l'interposition d'un liquide. Il nous paraît être arrivé à un résultat satisfaisant. Du reste nous reproduisons l'expérience qu'il-a tentée. Voici en quoi elle consiste :

Expérience. — Dans un récipient métallique rempli d'eau, on immerge un ballon de verre à fond plat, le goulot en bas, et sur le fond de ballon on dépose quelques pincées d'une poudre légère. On percute alors le récipient.

1° Si le ballon est plein d'eau, les vibrations qui lui sont transmises sont insignifiantes et les parcelles de poudre se déplacent à peine. Le doigt appliqué légèrement sur le fond du ballon, ne perçoit aucun ébranlement.

2° Si l'on répète les mêmes manœuvres avec le ballon plein d'air, les vibrations sont un peu plus nettes.

3° Le ballon est débouché et enfoncé dans l'eau, de manière à comprimer l'air qu'il contient. A mesure que la compression augmente, les vibrations deviennent de plus en plus apparentes. »

Les vibrations qui se transmettent à travers un liquide et une masse d'air sont donc d'autant plus fortes que la tension de l'air vibrant est plus considérable.

Les faits cliniques viennent expliquer ces cas anormaux de pneumonies simulant des pleurésies en raison de l'absence de vibrations. Dans ces cas, en effet, les bronches se trouvant oblitérées par l'exsudat fibrineux, il ne peut plus y avoir de vibrations, puisque l'air se trouve absent et que c'est lui qui communique ses ondes vibratoires aux tissus environnants. Il en est de même dans les cas de cancer pulmonaire dont parle Darolles.

Pour la persistance des vibrations dans les cas d'épanchements les faits nous montrent que souvent cette persistance est due à la présence des fausses membranes. M. Jaccoud, dans ses cliniques, fait remarquer que lorsque les vibrations sont dues à de fausses membranes, ces vibrations présentent un maximum d'intensité en un point et que dans les autres points de matité, elles sont sinon abolies complètement du moins extrêmement affaiblies.

Dans d'autres cas, l'autopsie seule nous révèle la cause de ces faits anormaux. L'observation publiée dans la thèse de M^{lle} Bouchier en est un exemple.

Enfin il est une autre catégorie de faits où l'explication ne peut être vérifiée, c'est lorsque l'on observe la guérison, ainsi que cela est arrivé pour le cas que nous relatons.

Quoiqu'il en soit, si nous nous basons sur les faits que nous rapportons, il semble établi que la disparition ou la diminution des vibrations n'accompagne pas forcée-

ment l'épanchement pleural. D'un autre côté, la disparition ou la diminution des vibrations n'est point l'apanage exclusif de ce même épanchement.

OBSERVATION (*personnelle*)

(*Recueillie dans le service de M. le professeur G. Sée*)

Le nommé F... doreur, entre le 21 mai 1889 salle St Christophe lit n° 19.

Pas d'antécédents héréditaires.

Cet homme a eu une attaque de rhumatisme articulaire généralisé en 1880; il est entré à Cochin où il est resté six mois.

En 1887 il est atteint d'une pleurésie gauche. On lui fait une ponction qui donne deux litres et demi de liquide. Il sort guéri dix-huit jours après.

Au commencement de mai 1889 il est pris d'accès de toux qui se calment au bout de quelques jours. Puis ces accès reparaissent et ne cessent plus. Etouffements continuels, il est obligé de cesser son travail et trois jours après il entre à l'hôpital.

A son entrée, dyspnée intense. Température 36° 3.

Voussure assez considérable de la partie droite du thorax dont il n'est que peu tenu compte en raison de la pleurésie gauche qu'il a eue il y a deux ans.

Matité en arrière s'étendant jusqu'à la partie moyenne de l'omoplate.

En avant skodisme.

Persistance des vibrations thoraciques. Conservation à peu près complète du murmure vésiculaire. Pas de souffle, pas d'égophonie. Un peu de pectoriloquie aphone.

Le foie est légèrement abaissé.

Malgré la persistance des vibrations thoraciques, M. Durand-Fareil porte le diagnostic de pleurésie avec épanchement et cela surtout à cause de l'état général du malade.

Pour plus de sûreté, il fait une ponction exploratrice au moyen de la seringue de Pravaz et obtient une pleine seringue de liquide jaune citron.

Le 23 mai. — Les signes n'ont pas varié. On pratique la ponction qui donne issue à 1300 grammes de liquide.

OBSERVATION (*Résumé*)

(*Empruntée à la thèse de M^{lle} Bouchier 1884*)

B..., âgé de 43 ans, maçon est entré le 26 décembre à St Antoine, salle Ste Jeanne, service de M. Proust.

Cet homme dont la maladie remonte à un mois environ présente au moment de son entrée les signes suivants.

Affaiblissement, prostration marquée, dyspnée peu intense, pas de fièvre. Expectoration muco-purulente, peu abondante, sans caractère significatif.

Côté droit. — Râles caverneux surtout dans la fosse sous-épineuse ; ils s'étendent vers la base du poumon en diminuant d'intensité au sommet du poumon, dans la fosse sus-épineuse la respiration a conservé son type normal.

Matité absolue dans toute l'étendue du poumon droit en arrière.

Le côté gauche ne présente aucun phénomène pathologique. Les vibrations thoraciques sont considérablement exagérées du côté malade.

Pas de déplacement du cœur.

On écarte le diagnostic de pleurésie. Pas de thoracentèse.
Mort subite le 5 janvier.

Autopsie. — Vaste pleurésie non suppurée dans le côté droit de la poitrine. Il existe dans la plèvre une quantité considérable (plus de 4 litres) d'un liquide épais floconneux, dans lequel nageaient de fausses membranes. Le poumon était refoulé et comprimé contre le médiastin auquel l'attachaient de nombreuses adhérences. Quelques unes de ces petites ampoules étaient tout-à-fait voisines de la surface de l'organe. L'une d'elles s'était rompue dans l'effort de l'insufflation.

La présence de ces petites dilatations bronchiques explique à merveille les phénomènes perçus à l'auscultation.

Il est à noter qu'il existait aussi chez le malade un abaissement très considérable du foie, ce qui permet de comprendre le défaut d'ampliation de la poitrine. La pleurésie s'était pour ainsi dire, développée dans le sens vertical (1).

OBSERVATION

Bouilly. Rapports qui existent entre les signes de la pleurésie et la quantité de l'épanchement (Arch. gén. de médecine 1876).

P..., 31 ans. Entré le 12 novembre 1872, salle St-Jean, n° 18. Pleurésie purulente du côté droit. Péricardite, mort. Autopsie.

Début de la maladie six jours avant l'entrée, par un point de côté violent et des phénomènes fébriles. En arrière, à droite, matité dans le tiers inférieur de la poitrine. Cette matité est assez

(1) Dans cette observation une partie du texte a été tronquée par une erreur d'impression, nous n'avons pu rétablir en entier le texte primitif.

prononcée, néanmoins elle n'offre pas cette dureté qui donne l'idée d'un épanchement pleural.

Le reste de la poitrine n'offre pas de modifications notables de la sonorité. Pas de diminution des vibrations thoraciques. Dans toute l'étendue de la poitrine, en avant comme en arrière, râles sibilants et ronflants nombreux, disséminés, surtout à la base du poumon gauche. Mais c'est principalement au niveau de la matité, que les râles acquièrent une force extraordinaire. Il y a là un mélange de râles ronflants et sibilants, ayant un caractère caverneux et bullaire, comme s'il y avait une excavation.

Un peu au-dessus de la limite supérieure de la matité, vers l'angle inférieur de l'omoplate, on entend un souffle assez doux, surtout marqué pendant l'expiration.

En avant, au-dessus du mamelon, on entend du frottement pleural (?) mêlé aux râles sibilants et ronflants.

Le 17 novembre, cinq jours après l'entrée. Côté droit. Les râles sont beaucoup moins gros et moins abondants que les premiers jours. On ne constate plus de souffle et la matité semble aussi avoir diminué.

Le 22. Sonorité à peu près normale dans toute l'étendue de la poitrine; on ne trouve de la diminution du son qu'à la base du poumon droit, non tout à fait en arrière, mais à la réunion de la région postérieure avec la région axillaire. Cette submatité se continue dans cette région et s'avance un peu en avant sous le sein droit.

On constate 1° à droite, vers le milieu de la fosse sous-épineuse, un souffle assez fort, diffus 2° un frottement pleural fort s'étendant jusqu'à la base du poumon; 3° en avant, sous le sein droit, de la faiblesse du murmure vésiculaire.

2° A gauche en arrière. 1° Vers le milieu de la fosse sous-épineuse du souffle diffus, surtout expiratoire 2° au niveau de la région précordiale un double bruit de frottement, l'un pleural, l'autre nettement péricardique; enfin des deux côtés dans les deux tiers inférieurs de la poitrine, un mélange de râles et de frottements, simulant des râles cavernuleux et du gargouillement.

Le 24 au matin, le malade est tout à coup pris d'une dyspnée extrême et il meurt au bout de deux heures.

Autopsie. — On constate la présence d'un épanchement purulent d'un litre et demi à la face antérieure du poumon droit. Il remonte jusqu'au sommet du poumon. Il est enkysté et ne peut se déplacer ; il s'étend latéralement jusque vers le milieu de la ligne axillaire.

OBSERVATION (*Résumée*)
(*Clinique de Guéneau de Mussy, tome I V*)
Pleurésie avec persistance des vibrations thoraciques

Jeune femme de passage à Paris, fait appeler Guéneau de Mussy.
Tonalité relativement aigüe dans le sommet gauche de la poitrine, avec une nuance d'obscurité dans la fosse sus-épineuse.

Dans toute cette région, murmure vésiculaire très faible et très rude.

A droite, respiration et sonorité normales.

En arrière et à gauche, dans les trois cinquièmes inférieures, son clair, mais aigü et tympanique ; dans la même région, les vibrations thoraciques étaient perçues pendant la phonation.

Dans cette région, on entendait un double souffle bronchique qui avait le caractère du souffle pleurétique, plus aigüe pendant l'inspiration. Quelques bulles de râle sous-crépitant, à la partie inférieure, avaient le timbre métallique des râles humides qui se produisent derrière un épanchement.

La voix sonore retentissait fortement avec un timbre métallique et vibrant, avec une tonalité très-aigüe et une sorte de frémisse-

ment strident qui est une des variétés de l'égophonie. La voix chuchotée donnait, dans l'étendue qui correspondait au son tympanique, la sensation la plus nette de pectoriloquie ; il semble que la malade parlait dans le conduit auditif.

En faisant faire à la malade une inspiration forcée et retenir ensuite l'air dans la poitrine, le son tympanique de la base se changeait en matité, en même temps que le son tympanique de la région antéro-supérieure s'accusait davantage.

OBSERVATION

Pleurésie hémorrhagique. — Infiltration tuberculeuse du poumon. — Pectoriloquie aphone. — Conservation des vibrations thoraciques. — (Thèse de Pignol.)

Le nommé Brodart, âgé de 28 ans, garçon marchand de vins entre le 29 janvier 1886 à l'hôpital Laënnec, service de M. le professeur Ball, salle Laroche-foulcauld, lit N° 27. (Nous passons sous silence les parties de l'observation étrangères à notre sujet.)

Cet homme est malade depuis trois ans : au début, il a eu quelques hémoptysies, puis il a maigri, toussé et perdu ses forces. Depuis trois jours, il est bouffi et infiltré. En 1878, il a eu des rhumatismes, et a de temps en temps des battements de cœur et de l'œdème périmalléolaire.

Au moment de l'entrée, il est en proie à une dyspnée excessive, allant jusqu'à l'orthopnée. Il y a de la cyanose des lèvres, un poulx veineux jugulaire manifeste. Le thorax offre l'aspect du thorax emphysémateux ; les creux sus et sous-claviculaires sont bombés, surtout à droite. Les parois sont œdématiées des deux

côtés ; il existe de plus sur la partie latérale droite du thorax, une voussure considérable et une douleur à la pression.

La percussion donne une matité absolue dans toute la hauteur à droite. A la palpation les vibrations sont conservées. L'auscultation fait entendre des râles humides disséminés, et un souffle à timbre tubaire, perceptible partout, mais plus rude au sommet et en avant. Egophonie nette. Pectoriloquie aphone manifeste.

Malgré la persistance des vibrations, M. Ball, se fondant sur l'égophonie, la voussure et la matité constatées, pense qu'il existe un épanchement pleural abondant. La ponction immédiatement pratiquée, donne issue à un litre et demi de liquide franchement hémorrhagique, dans lequel le microscope révèle la présence de globules rouges déformés en quantité considérable ; c'est du sang presque pur.

Le lendemain, 30 janvier, nous quittons le service. Le malade revu à la visite du soir, est à peine soulagé. Les signes stéthoscopiques ne sont pas sensiblement modifiés. Seule la voussure a diminué. Ce malade a vécu encore huit jours. L'autopsie a été commencée en notre absence de sorte qu'il nous a été difficile d'apprécier exactement les rapports que le poumon affectait avec la paroi.

La cavité pleurale est tapissée d'une couche épaisse de néomembranes. Le poumon adhère intimement à la gouttière costo-vertébrale et au médiastin ; il est très volumineux, infiltrée de granulations tuberculeuses à tous les états, et creusé d'une multitude de cavernules, dont quelques-unes sont très voisines de la surface.

OBSERVATIONS de pneumonies anormales. (Helme, thèse Paris)

Observation I. — H., 27 ans. Pneumonie gauche. Souffle doux vibrations diminuées, broncho-égophonie pectoriloquie aphone. Les mêmes signes se montrent à la base droite.

Autopsie. — Pneumonie massive avec moules fibrineux. Pâs de liquide. Exsudat fibrino-gélatineux des deux côtés.

Observation II. — H., 32 ans. Pneumonie migratrice double. Vibrations diminuées, souffle tubo-pleural, broncho-égophonie, pectoriloquie aphone typique (au début, il n'y avait que du souffle tubaire et de la bronchophonie sans pectoriloquie aphone). Ces signes s'observent successivement dans plusieurs points des deux poumons. Guérison.

Observation III. — Pneumonie droite. Matité absolue. Souffle à timbre pleural, égophonie, pectoriloquie aphone nette, vibrations presque abolies. On tente la ponction à trois reprises. Elle ne donne qu'un peu de sang.

Autopsie. — Nulle trace d'épanchement. Couche de fibrine, mollasse étalée à la surface du poumon. Pneumonie massive du lobe inférieur et du lobe moyen du poumon droit.

Déplacement des organes. — Du déplacement des organes contigus à la plèvre, nous dirons peu de chose. En effet, le déplacement réel de ces organes dans les pleurésies avec épanchement est beaucoup moins considérable que leur déplacement apparent ou relatif. C'est du moins l'opinion de M. Fernet. Si nous nous reportons aux expériences de M. Peyrot, expériences que nous avons citées à propos de l'étude des vibrations thoraciques, nous sommes autorisés à admettre que cette opinion n'a rien qui ne leur soit conforme. En effet, le sternum se trouvant dévié du côté de l'épanchement, si nous prenons comme exemple, la pleurésie gauche, il est certain que les rapports normaux du cœur ne seront plus conservés et cela sans que cet organe lui-même se soit déplacé. Pour le foie, ce déplacement (dans le cas de pleurésie droite), sera éga-

lement apparent, les côtes s'étant relevées on pourra sentir le bord du foie débordant les fausses côtes. Sera-t-on pour cela autorisé à dire qu'il y a abaissement du foie, nous ne le croyons pas.

Ces déplacements des organes thoraciques sont surtout marqués dans les épanchements considérables ; dans ces cas la palpation ne peut guère nous donner de renseignements sur le déplacement du cœur ; car pour peu qu'une lame de liquide soit venue s'interposer entre cet organe et la paroi nous ne percevons plus le choc de la pointe.

Le déplacement du foie n'a de valeur que s'il y a coïncidence de matité dans la région antérieure du thorax. En effet, il est un grand nombre d'affections dans lesquelles le bord du foie dépasse le niveau des fausses-côtes (Congestion du foie, gêne de la circulation dans la veine cave inférieure, etc.)

M. le professeur Dieulafoy n'attache qu'une importance relative à l'abaissement du foie, mais il considère la déviation du cœur comme un signe de premier ordre dans le diagnostic de la pleurésie gauche. Voici du reste, ce qu'il écrit dans son traité de pathologie interne tome I.

« Pour les épanchements du côté gauche, la déviation du cœur constitue un signe sur lequel je ne saurais trop insister. Cette déviation du cœur se perçoit à la vue, au toucher et surtout à l'auscultation. Ce qui se dévie, ce n'est pas seulement la pointe du cœur, c'est le cœur tout entier, et en changeant de position, il change en même temps ses rapports avec la paroi thoracique, car il subit un mouvement de torsion. Pour constater la déviation du

cœur, il faut donc chercher le point maximum de la systole cardiaque, et mes nombreuses observations me permettent de conclure approximativement que ce point maximum atteint déjà le bord gauche du sternum, avec un épanchement gauche de 5 à 600 grammes ; il atteint le bord droit avec un épanchement de 1200 grammes ; il est entre le sternum et le mamelon droit, avec un épanchement de 1800 à 2000 grammes ; c'est le moment où il faut pratiquer la thoracentèse. »

A cette opinion de M. le professeur Dieulafoy, nous opposerons celle de M. le professeur Grancher ; opinion que nous trouvons formulée dans le *Bulletin médical* n° 85, 1888. Voici en quels termes s'exprime M. le professeur Grancher : « Dans la spléno-pneumonie gauche le cœur est légèrement refoulé, comme dans les épanchements moyens ; cette constatation ne fait d'ailleurs qu'ajouter à la difficulté du diagnostic, mais en outre, il n'y a pas de déviation de l'appendice xyphoïde du côté du poumon atteint de spléno-pneumonie, et on s'en rend compte comme je vous l'ai dit, par le signe du cordeau. Cependant MM. Pitres et Franck ont vu, dans des cas très rares il est vrai, la spléno-pneumonie s'accompagner de déviation du sternum. »

De tout ceci nous ne voulons retenir qu'une chose, c'est que ce signe ne paraît pas offrir les garanties diagnostiques qu'on veut bien lui accorder. Du reste, nous reproduisons une observation de M. Queyrat dans laquelle on a constaté ce phénomène généralement sans épanchement concomitant.

OBSERVATION

(Publiée par M. Queyrat, *Revue de Médecine*, mars 1886)
Spleno-pneumonie gauche. — (Refoulement du cœur)

Le nommé Roc..., âgé de 21 ans, polisseur, entre le 12 mai 1885 à l'hôpital Tenon, service de M^e Landouzy, salle Lelong, N^o 13.

Aucun antécédent héréditaire ni personnel. Sa santé a été parfaite jusque il y a 8 jours ; à cette époque, appelé devant le conseil de révision il prit froid, dit-il et eut quelques frissons.

Le lendemain : malaise, inappétence ; le surlendemain, nouveaux frissons et douleur vive dans le côté gauche ; gêne respiratoire, toux pénible et dès le quatrième jour expectoration abondante.

Les choses vont de mal en pis, si bien que le malade entre à l'hôpital le 12 mai.

Etat actuel. — Malade blond, avec des reflets roux dans la barbe très robuste, admirablement musclé. Rien à noter du côté du tégument externe. Langue saburrale, inappétence, pas de constipation. Rien du côté des viscères abdominaux. Les urines sont normales ; température rectale 39°4.

Le malade est très dyspnéique : ses narines se meuvent activement pendant les efforts inspiratoires ; la voix est affaiblie ; il existe un point de côté des plus violents à gauche ; enfin de temps en temps, secousses de toux brève, pénible, s'accompagnant d'une expectoration abondante, blanchâtre, visqueuse. Nous trouvons à l'examen du thorax.

Côté droit. — Normal, tant au point de vue des vibrations que de la sonorité et de la respiration.

Côté gauche. — Amplexation. — Augmentation de volume très nette.

Mensuration. — Demi-périmètre thoracique pris avec le ruban métrique, au niveau des 7^{es} côtes, est à gauche de 40 c., tandis qu'à droite il n'est que de 38 c.

En arrière. — Palpation. — Vibrations complètement abolies dans le 1/3 inférieur, à peine sensibles à la partie moyenne, très diminuées à la partie supérieure; elles vont en s'accroissant graduellement, à mesure qu'on se rapproche du sommet.

Percussion. — Matité complète dans la moitié inférieure.

Auscultation. — *Fosse sus-épineuse.* — Respiration supplémentaire.

Fosse sous-épineuse. Au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, souffle expiratoire aigre.

Egophonie. Pectoriloquie aphone. — Aucune crépitation ni pendant les fortes inspirations, ni pendant les quintes de toux.

En avant. — Région sous-claviculaire. — Respiration exagérée. Sonorité exagérée. Vibrations diminuées.

En bas. — L'espace de Traube existe absolument sonore dans l'étendue de quatre travers de doigt.

Le signe du cordeau, recherché avec le plus grand soin et à diverses reprises ne dénote aucune déviation sternale.

Quant au cœur, le choc de la pointe a cessé d'être appréciable à la palpitation; à l'auscultation, on perçoit le maximum des bruits au niveau de la quatrième articulation chondro-sternale gauche. Rien d'anormal d'ailleurs.

Diagnostic. — Congestion pulmonaire à forme de pleurésie.

Le 14 Mai (deux jours après l'entrée), nous faisons avec la seringue de Pravaz, flambée, puis soigneusement lavée avec une solution phéniquée au 1/20, trois ponctions exploratrices dans les 5^e, 6^e et 7^e espaces intercostaux, au niveau de la ligne axillaire postérieure. Ces trois ponctions ne donnent issue, les unes et les

autres, qu'à du sang mélangé à quelques bulles d'air. Nous insistons sur ce fait, qu'à chaque fois nous avons pris soin d'enfoncer l'aiguille lentement, petit à petit, tout en faisant l'aspiration de telle sorte que s'il se fut trouvé la moindre lamelle liquide interposée au poumon et à la paroi thoracique, ce liquide fut forcément venu remplir le corps de la pompe.

Les signes physiques et fonctionnels persistent les jours suivants, sauf le point de côté qui a disparu le 15 mai.

Le 18 *Mai*. — M. Landouzy fait deux nouvelles ponctions exploratrices, qui, comme les précédentes, ne donnent issue qu'à du sang et à des bulles d'air.

Le 21 *Mai*. — Mieux notable; la dyspnée est moindre; la température est tombée à 37°2.

Le 26 *Mai*. — L'appétit revient, la respiration se fait bien, sans gêne apparente; toutefois le côté gauche reste presque immobile pendant les mouvements respiratoires; la toux est fréquente, l'expectoration toujours abondante et gommeuse. Les signes physiques restent les mêmes.

Le 28 *Mai*. — Nous nous demandons si, à la suite de la congestion pulmonaire, il ne se serait pas produit d'épanchement pleural et nous faisons deux nouvelles ponctions qui ne donnent encore que du sang et des bulles d'air.

Le 1^{er} *Juin*. — Le malade va beaucoup mieux, mange, tousse moins, crache moins et se lève. Le souffle diminue d'intensité, l'égophonie est devenue de la broncho-égophonie. Les signes objectifs s'amendent assez rapidement les jours suivants, et le malade peut être envoyé à Vincennes le 16 juin.

DE LA PERCUSSION

Nous ne nous arrêterons pas à discuter le son tympanique que l'on obtient en percutant un thorax au début d'une pleurésie. Ce signe ne se rencontrant qu'au début et lorsque l'épanchement est très peu abondant, on a bien rarement l'occasion de le constater. Nous passerons immédiatement à l'étude de la matité.

Matité. — Quand l'on percute un thorax et que l'on trouve à la région postérieure une zone de matité complète, s'étendant plus ou moins haut suivant le cas, que le malade présente en même temps de la dyspnée et de la fièvre on se croit presque obligé de porter le diagnostic d'épanchement pleurétique. Ce serait conclure peut être un peu prématurément, ; car nous passerons en revue nombre de cas dans lesquels ce phénomène se présente associé ou non aux phénomènes généraux dont nous venons de parler.

Dès 1845, on n'accordait qu'une valeur relative à ce signe puisque Damoiseau cherche à compléter les renseignements qu'il fournit, en décrivant la courbe de la matité.

Mais nous reviendrons plus loin sur les renseignements que peut fournir la courbe de Damoiseau.

En 1870, un élève de Woillez, M. Bourgeois signale certaines congestions pulmonaires dans lesquelles la matité est très accentuée et signale la possibilité de les confondre avec la pleurésie.

En 1878, M. le professeur Grancher dans son travail sur la pneumonie massive fait remarquer que dans cette forme de la pneumonie on trouve une matité absolue. Plusieurs observations de pneumonies recueillies dans le service du professeur G. Sée et publiées dans la thèse de M. Helme, présentent aussi ce signe au maximum.

Les cas dont nous parlons sont certainement anormaux, peu fréquents. Quoiqu'il en soit, étant donnée la possibilité de rencontrer la matité absolue dans des cas ou d'habitude elle fait défaut, nous devons nous mettre en garde et ne pas accorder à ce signe plus de valeur qu'il n'en comporte.

Mais il est une autre affection qui loin de présenter par exception cette matité absolue des épanchements pleuraux, s'en accompagne au contraire constamment. Nous voulons parler de la spléno-pneumonie. Dans cette affection nous trouvons toujours notée cette matité, et bien souvent elle a fait pencher vers le diagnostic d'un épanchement qui n'existait pas.

Pour M. Bouilly la matité est un signe de premier ordre dans le diagnostic de l'épanchement pleurétique ; mais pour cela elle doit présenter certains caractères spéciaux. Ces caractères les voici : « La matité doit être dure, absolue, avec perte complète de l'élasticité, sensation douloureuse sous le doigt percuté. »

Cette matité avec résistance au doigt n'est pas spéciale

à la pleurésie, nous la retrouvons dans la pneumonie ainsi que nous en rapportons des exemples, et dans ces cas nous trouvons de la diminution des vibrations, dce qui est encore une raison pour faire songer à l'épanchement pleurétique.

La forme de la ligne de matité pourra-t-elle nous fournir quelques renseignements ? C'est ce que nous allons étudier dès maintenant.

Passons d'abord en revue l'opinion de quelques auteurs sur la forme de cette ligne de matité.

Pour Piorry, tout épanchement pleural donne lieu à une ligne de matité absolument horizontale.

Hirtz constate que dans quelques épanchements la ligne de matité antérieure change quand le malade se déplace, mais son niveau n'est pas exactement circonscrit comme celui d'un liquide ; elle ne s'élève pas à la même hauteur en avant et en arrière, et souvent cette différence est si grande que toute la partie postérieure est mate, tandis qu'à la partie antérieure le son est parfait.

En 1845, Damoiseau reprend la question. Pour lui la ligne de matité n'est pas toujours horizontale quelle que soit la position du malade, elle varie avec l'abondance de l'épanchement. Lorsque la quantité de liquide est suffisante pour monter à quatre ou cinq centimètres au-dessus du mamelon, on a bien une ligne horizontale ; mais quand le liquide ne monte pas au-dessus, la ligne de matité correspond à une ligne parabolique à convexité supérieure se trouvant au niveau de la ligne axillaire et dont les deux extrémités vont en s'abaissant, l'une vers le

sternum, l'autre vers la colonne vertébrale. Les différentes hauteurs de cette ligne mesurent les différentes phases d'accroissement ou de diminution du liquide.

Selon que l'épanchement est plus ou moins abondant l'extrémité antérieure de la parabole atteint plus ou moins haut le sternum. Dans les petits épanchements, la ligne de matité se tient à une certaine distance de la colonne vertébrale, il y a sonorité dans le sillon costo-vertébral; mais peu à peu, à mesure que le liquide augmente, la matité apparaît dans ce point.

Damoiseau prétend avoir souvent cherché la mobilité de niveau et ne l'avoir presque jamais trouvée. Il en conclut que très rarement la ligne de matité peut varier de forme et de topographie dans les changements de position du malade.

Si nous en croyons Bouillaud, le siège et le niveau de la matité varient suivant la position que l'on fait prendre au malade; à moins toutefois que l'épanchement ne remplisse tout le côté, ou que par certaines causes exceptionnelles, le liquide ne puisse pas se déplacer suivant les lois de la pesanteur.

Skoda dit n'avoir jamais vu la diminution remonter aussi haut en avant qu'en arrière. Il ajoute : « Les adhérences du poumon qui se produisent presque constamment avec les parties voisines à la périphérie de l'exsudation, empêchent le déplacement du liquide dans les mouvements du malade, et par conséquent le son reste sourd, en général, dans le même point, quelque position qu'on imprime au malade. Cette assertion que le son

sourd de la percussion varie avec la position du malade est exacte dans la grande majorité des cas. »

Woillez partage les idées de Damoiseau. Monneret pense que la matité suit l'épanchement. Mobile comme le liquide lui-même, elle change de place avec les différentes positions du malade, jusqu'à ce que les adhérences soient venues l'immobiliser.

Avec M. le prof. Peter, nous nous trouvons placés à un autre point de vue. Jusqu'ici nous n'avions en vue que la quantité de liquide. Ici, au contraire, c'est la qualité de l'exsudat qui servira de base pour établir la forme de la courbe.

Si le liquide est complètement séreux, la ligne de matité sera horizontale. Dans les épanchements fibrineux nous aurons une ligne de matité prenant une forme parabolique. — Avons-nous affaire à un liquide séro-fibrineux, nous trouverons deux zones : 1^o une zone de submatité correspondant à la masse fibrineuse qui reste accolée aux parois pleurales, 2^o une zone de matité inférieure causée par la masse séreuse qui s'est accumulée. De là deux lignes, l'une supérieure oblique parabolique venant couper la ligne inférieure qui est une circulaire horizontale.

D'après les recherches de Garland (the Boston Medical and Surgery Journal, 1874), la ligne de matité offrirait la forme d'une S horizontalement couchée. L'une des boucles cette S limitant le long de la colonne vertébrale, un triangle ou la sonorité serait conservée, l'autre boucle remontant vers la ligne axillaire pour s'abaisser ensuite vers le sternum, limitant une zone de matité, et formant entre elle et le sternum un nouveau triangle de sonorité.

Les expériences tentées sur les animaux sont loin de donner raison à cette théorie. Forbes, Weil, Saint-Cyr, ont vu que chez les chiens et les chevaux, la ligne de niveau du liquide est parfaitement droite, horizontale et s'étend d'avant en arrière dans toute la longueur de la poitrine quand le sujet est en station naturelle sur ses pieds.

M. le professeur Pitres a fait de nouvelles recherches sur cette ligne de matité. Et d'après un assez grand nombre d'observations publiées par un de ses élèves (Ramey thèse de Bordeaux 1884) on arrive aux résultats suivants : La forme de la matité est subordonnée à la quantité de liquide épanché. Si l'on examine un malade couché et que l'épanchement soit peu considérable, la ligne supérieure de la matité affecte la forme d'une courbe elliptique dont le sommet se trouve sur la ligne axillaire, en dehors de ses branches elle laisse deux zones sonores ; l'une située en arrière, c'est le triangle costo-vertébral ou triangle de Garland ; l'autre située en avant c'est le triangle costo-sternal.

Dans la station debout le triangle costo-vertébral seul persiste et la ligne devient horizontale dans tous ses autres points.

Dans les grands épanchements la ligne devient horizontale et ne varie pas par les changements de position du malade.

De tout cet exposé sur la ligne supérieure de matité, quelle déduction pratique pouvons-nous retirer ? En raison de sa variabilité ce signe ne peut guère être utile. Il est évident que si nous le rencontrons dans toute sa netteté avec sa courbe à sommet axillaire et ses deux

triangles sonores ce sera une grande facilité pour le diagnostic; mais nous serons plus souvent obligé de le chercher sans le rencontrer.

Il est un autre signe fourni par la percussion dont on s'est beaucoup occupé depuis quelque temps. Nous voulons parler de la persistance de la sonorité ou de la matité au niveau de l'espace de Traube.

L'espace semi-lunaire de Traube présente à l'état normal une sonorité tympanique; cette région sonore s'étend du bord gauche du sternum au niveau des 5^e et 6^e cartilage costaux jusqu'à 9 ou 11 centimètres en arrière de l'extrémité antérieure des 9^e au 10^e côtes, il est limité en bas par le rebord costal, en haut par une ligne courbe à convexité supérieure.

La matité de cette région est considérée comme un très bon signe d'épanchement pleural gauche. Il a surtout une grande valeur quand il s'agit du diagnostic de la pleurésie avec la spléno-pneumonie gauche.

En effet dans le cas de pleurésie gauche avec épanchement le signe de Traube se trouve pour ainsi dire toujours; sauf deux cas très exceptionnels. Des adhérences pleurales consécutives à une ancienne pleurésie diaphragmatique peuvent quelquefois faire disparaître la zone de Traube à titre définitif. Au contraire, la sonorité peut-être maintenue quand l'estomac luttant contre le refoulement du diaphragme, maintient les deux feuilletés appliqués l'un contre l'autre et cela malgré la présence d'un épanchement.

Peut-être cette sonorité pourrait-elle se trouver dans un autre cas, si nous nous reportons à l'expérience du

foulard de Skoda; nous voyons que malgré la présence d'une lame liquide, on obtient de la sonorité dans toute l'étendue occupée par le foulard immergé. Ne pourrait-il en être de même ici, une lame de liquide s'insinuant entre la plèvre diaphragmatique et le feuillet costal. Cela ne peut se produire évidemment qu'avec un faible épanchement, si celui-ci augmente la zone diminue, puis disparaît pour faire place à une matité complète.

Le signe de Traube, à quelques exceptions près, se trouve donc un signe de grande valeur dans la plupart des cas. Cependant ce signe qui paraissait spécial à la pleurésie gauche se retrouve dans la spléno-pneumonie, rarement il est vrai, mais M. Queyrat signale un cas dans lequel il a observé une diminution de cette zone de Traube: nous reproduisons plus loin cette observation. Que conclure de ce que nous venons de rapporter. 1^o Un épanchement pleurétique gauche peut exister sans que la zone de Traube soit modifiée. 2^o La diminution de cette zone n'implique pas forcément un épanchement puisqu'on la retrouve dans la spléno-pneumonie et qu'elle peut disparaître complètement par suite d'adhérences anciennes.

Nous ne dirons que quelques mots d'un autre phénomène qui se trouve quelquefois dans l'épanchement pleurétique.

Au lieu de la matité on observe parfois au niveau de l'épanchement la persistance de la sonorité. Ce fait a été signalé par Williams, puis par Skoda A ce propos, ce dernier montra par son expérience du foulard qu'une lame liquide n'empêche pas la production de la sonorité, mais

que c'est beaucoup plus tôt la tension des parois qui produisent la matité (Expérience de la vessie).

Guéneau de Mussy croit que cette persistance de la sonorité est plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Il l'a rencontrée nombre de fois. M. Dieulafoy dit l'avoir rencontrée deux fois avec des épanchements considérables.

Nous possédons un fait qui montre combien peu on doit se fier à la matité comme signe d'épanchement pleural.

Tympanisme sous claviculaire. — Ce signe que nous trouvons parmi les phénomènes à peu près constants de la pleurésie avec épanchement a été étudié par Skoda. Il résulte d'une modification de la sonorité, modification qui porte sur le timbre. Cette altération de la sonorité est produite par un changement de tension de l'air contenu dans le poumon. Ce fait a été mis en lumière par Skoda à l'aide d'une expérience dont nous avons parlé à propos de la matité. Cette tension plus grande de l'air dans le poumon peut se rencontrer dans bien des cas.

Dans la pneumonie par exemple nous trouvons cette tension anormale non plus produite par refoulement du poumon, mais par altération du parenchyme pulmonaire ; aussi trouvons-nous le tympanisme. Mais il est une affection pulmonaire qui doit présenter ce signe au plus haut degré si la théorie de Skoda est vraie. Nous voulons parler de l'emphysème pulmonaire, affection produite par une augmentation de pression intra-alvéolaire dans certains points du poumon.

Cette augmentation de pression intra-alvéolaire se produisant surtout au niveau du sommet du poumon, c'est

aussi là que, dans l'emphysème, nous trouvons le tympanisme. Dans le pneumo-thorax nous retrouvons encore le tympanisme, pourvu que l'air pleural ne soit pas à une très forte tension.

D'après ce que nous venons de rapporter il ne semble pas qu'il faille s'arrêter davantage à la discussion de ce signe au point de vue diagnostique.

OBSERVATION

(Tirée de la Thèse de M. Bourdel, Paris 1888)

Spléno-pneumonie gauche

Le nommé Bess..., Philippe, âgé de 36 ans, maçon, entre le 22 octobre 1883 à l'hôpital Necker (service de M. Bléchez, salle St Ferdinand, n° 2).

Les antécédents héréditaires de ce malade sont nuls.

Quant à ses antécédents personnels, il ne présentent rien d'intéressant à noter à part une pleurésie droite survenue au mois d'octobre 1882 et pour laquelle le malade reste en traitement pendant un mois et demi à l'hôpital Necker, dans le service de M. Grancher. La convalescence ne fut pas très longue et depuis son état de santé ne laissait rien à désirer, lorsque le dimanche 15 octobre, il fut pris, sans cause appréciable, d'une vive douleur dans le côté gauche, il n'y eut tout d'abord pas de toux ni de frisson, et malgré ce point de côté assez violent, le malade continua son travail les jours suivants.

Dans la nuit du mercredi 18, vomissements et fièvre; le samedi il se mit à tousser d'une toux pénible, quinteuse, accompagnée d'une légère expectoration. Il entre à l'hôpital le lundi 22.

Etat actuel. — Homme vigoureux, bien constitué. Rien à noter du côté du tégument externe. Rien du côté des viscères abdominaux; urines normales. Langue blanche laiteuse; inappétence; constipation.

Température axillaire 39°6. Pouls plein, fort, 92 pulsations.

L'examen détaillé du thorax fournit les renseignements suivants:

Côté droit. — Rien de particulier, si ce n'est une respiration nettement supplémentaire.

Côté gauche. — Amplexation. — Augmentation de volume très-nette.

En arrière. — Palpation. — Vibrations nulles à la partie inférieure, à peine appréciables à la partie moyenne, à peu près normale en haut.

Percussion. — Matité complète dans les deux tiers inférieurs.

Auscultation. — Fosse sus-épineuse: respiration forte, supplémentaire.

Fosse sous-épineuse: souffle expiratoire aigre, qui se prolonge jusqu'en bas.

Egophonie des plus nettes.

Pectoriloquie aphone. De plus, quel'on fasse respirer fortement le malade ou qu'on le fasse tousser, on ne perçoit aucune crépitation.

En avant. — Région sous claviculaire. Sonorité exagérée. Vibrations diminuées. Respiration diminuée.

En bas. — L'espace de Traube est un peu diminué, mais persiste. Ajoutons que le malade est en proie à une dyspnée intense (32 respirations par minute. La voix est faible, entrecoupée; l'expectoration assez abondante, gommeuse.

Le cœur semble déplacé vers la droite, le choc de la pointe n'est plus appréciable, mais à l'auscultation, on perçoit le maximum des bruits au niveau de la 5^e articulation chondro-sternale gauche.

En présence de ces symptômes, on porte le diagnostic de Pleurésie gauche avec épanchement abondant et congestion pulmonaire.

Appelé à examiner le malade, M. Grancher émet un avis un peu différent ; se fondant sur ce qu'en arrière, les vibrations augmentent graduellement de bas en haut, sans présenter cette zone d'exagération, qu'il est de règle de trouver au-dessus des épanchements pleurétiques, se fondant d'autre part sur la persistance partielle de l'espace de Traube, il pense qu'il doit s'agir là surtout d'un état congestif du poumon avec peu de liquide dans la plèvre (500 gr. environ).

La thoracentèse est pratiquée séance tenante à l'aide de l'aspirateur Potain (7^e espace, ligne axillaire postérieure). Elle ne donne issue qu'à un peu de sang.

M. Grancher fait à la suite dans le 7^e et le 8^e espace intercostal, en arrière, deux ponctions exploratrices avec la seringue de Pravaz soigneusement lavée à l'eau bouillante ; il n'obtient que quelques gouttes d'un sang noirâtre, sans une bulle d'air, particularité qui prouve que l'aiguille plonge en plein bloc de tissu pulmonaire densifié, imperméable à l'air.

Le lendemain 24, le malade déclare avoir été très soulagé par les trois ponctions qui lui ont été faites, le point de côté a diminué, la dyspnée est moindre.

Large vésicatoire à gauche et en arrière.

A partir du 27, l'état du malade s'améliore un peu lentement et enfin il peut partir dans le courant du mois de décembre.

OBSERVATIONS de *Pneumonies anormales*
(Pignol Thèse Paris 1887)

Observation I. — H..., 32 ans. Pneumonie gauche. Matité absolue, vibrations diminuées, souffle doux, broncho-égophonie, pectoriloquie aphone.

Autopsie. — Pas de liquide. Pneumonie totale du lobe inférieur gauche. Fibrine gélatineuse en amas à la surface de la plèvre.

Observation II. — H., 66 ans. Pneumonie droite. Matité absolue dans toute la hauteur, vibrations diminuées. Souffle à timbre plutôt pleural à la partie moyenne, broncho-égophonie et pectoriloquie aphone très marquée au même point, moins nette ailleurs.

Autopsie. — Un litre et demi de liquide citrin dans la plèvre, pneumonie massive du lobe inférieur et du lobe moyen, moules fibrineux dans les petites bronches. Couche de fibrine à la surface du poumon.

OBSERVATION (*Inédite*)

Le nommé B..., âgé de 22 ans, sapeur au 1^{er} régiment du Génie, entre à l'hôpital de Versailles, envoyé par le médecin du corps avec le diagnostic. Pleurésie avec épanchement.

Le lendemain à la visite, le malade présente les phénomènes suivants :

Matité absolue de tout le côté gauche en arrière et sur le flanc, remontant jusqu'au sommet, sauf en avant où l'on entend un son skodique sous-claviculaire.

Le cœur n'est pas déplacé.

Absence complète du bruit respiratoire en arrière du côté gauche dans toute l'étendue du poumon.

Un peu d'égophonie. Pas de pectoriloquie aphone. Pas de souffle.

Pas de déformation thoracique sensible.

Vibrations thoraciques exagérées.

Le major de service, M. Foch, porte le diagnostic de pleurésie avec épanchement abondant.

Pendant huit jours, le malade reste dans le même état. Cependant tous les soirs il présente une élévation de T° de un degré environ. Toux sèche. Le poumon droit présente une respiration supplémentaire et exagérée.

Le major voyant que l'épanchement ne diminue pas malgré deux larges vésicatoires, se décide à ponctionner le 15^e jour.

Il consulte à ce sujet deux de ses collègues de l'hôpital, MM. les majors Foulquier et Roy, qui tous deux, après avoir soigneusement examiné le malade, portent le diagnostic de pleurésie avec épanchement, probablement suppuré en raison de la température vespérale, quoiqu'il n'y ait pas d'œdème de la paroi.

Ils décident de ponctionner séance tenante, tout en se tenant prêts à pratiquer l'empyème.

On procéda à l'antisepsie de la paroi, et en présence de ses collègues, après une ponction sans résultat avec la seringue de Pravaz, M. Foulquier ponctionne avec l'aiguille n° de l'appareil Potain.

Rien ne vient dans l'appareil. Craignant d'avoir trop ou trop peu enfoncé le trocart, on retire d'abord puis on enfonce plus profondément.

Rien encore, on a même très nettement l'impression de contact du poumon sur la surface duquel glisse le bout du mandrin. Ces Messieurs s'en assurent à tour de rôle et nous prient de contrôler le fait, pour plus de sûreté.

Il n'y avait donc pas d'épanchement, et si comme on pourrait l'objecter nous étions tombés dans une poche au milieu de fausses membranes, reliquat d'une ancienne pleurésie nous n'aurions pas d'abord senti le poumon céder, si mobile sous le mandrin du trocart, d'autre part, il aurait fallu que cette poche eût une grande étendue, car dans tous les sens nous ne sentions aucune résistance ; enfin devant l'absence complète de murmure respiratoire,

la matité absolue, nous étions en droit de penser à une pleurésie avec épanchement.

Immédiatement après cet échec opératoire, l'auscultation fit entendre une légère respiration soufflante à la base du poumon intéressé, avec quelques râles fins.

Quoiqu'il en soit, le malade partait réformé un mois après avec des signes non équivoques de tuberculose.

DE L'AUSCULTATION

Affaiblissement du murmure vésiculaire. Cette altération de la respiration porte seulement sur l'intensité et la durée des bruits respiratoires. C'est un phénomène que l'on rencontre dans la pleurésie.

Pour que cette altération se produise il est nécessaire qu'il y ait diminution de la circulation aérienne dans le poumon, et la plupart du temps c'est une obstruction mécanique qui produit cette diminution.

D'après ces données, il est facile de comprendre que si une mince couche de liquide vient s'insinuer entre les deux feuillets pleuraux, le poumon se trouvant comprimée, l'air circulera moins facilement dans les alvéoles pulmonaires.

La compression du poumon par un liquide ne sera pas seule à donner naissance à ce phénomène. L'inflammation de la muqueuse dans la pneumonie, en rétrécissant le calibre des conduits bronchiques entraînera la production du même phénomène. La compression des bronches par l'adénopathie bronchique ; les dilatations ampullaires de l'emphysème sont encore des causes d'affaiblissement du murmure respiratoire.

Pour nous résumer, nous dirons que toutes les fois qu'il y a un obstacle quelconque à l'entrée de l'air ou à sa libre circulation dans le poumon, il se produit un affaiblissement du murmure vésiculaire. La constatation de ce phénomène dans la pleurésie ne peut donner d'autre renseignement.

Au lieu de ne rencontrer qu'un simple affaiblissement du murmure, on peut observer sa disparition complète, lorsque l'épanchement pleurétique est abondant. Ce phénomène n'est que l'exagération de ce que nous venons de mentionner tout à l'heure. Les pneumonies massives avec leur exsudat fibrineux remplissant complètement les bronches présentent fréquemment ce phénomène. Il en est de même pour les épanchements gazeux de la plèvre. Les déductions cliniques que l'on peut tirer de la constatation de cette absence de murmure vésiculaire sont par conséquent très bornées.

Souffle. — Un signe que l'on rencontre fréquemment accompagnant l'épanchement pleural, c'est le souffle voilé.

Et d'abord qu'entend-on par souffle ; On désigne sous ce nom une altération de la respiration non plus dans son intensité ; c'est au contraire une altération portant sur la qualité, la tonalité et le rythme et débutant toujours par l'expiration.

Cette altération est produite par une légère condensation du poumon, aussi allons-nous retrouver ce souffle dans un assez grand nombre d'affections pulmonaires.

Le souffle voilé avait été considéré comme appartenant à la pleurésie par opposition au souffle tubaire réservé à la

pneumonie et au souffle amphorique, l'apanage des cavernes tuberculeuses. Ces différents souffles étant le résultat d'une même cause, la condensation du poumon, on voit immédiatement que si le phénomène primordial varie, le phénomène secondaire c'est à-dire le souffle variera dans la même mesure. Qu'en advient-il ! C'est que, de ces souffles si bien étiquetés, il ne reste rien pour l'observation clinique. Un épanchement pleural pourra présenter du souffle tubaire, et même amphorique, tandis qu'une pneumonie présentera le souffle voilé. Que le souffle doux, voilé, lointain de Laennec soit le plus souvent le compagnon de l'épanchement pleural, soit ; mais les observations ne manquent pas et nous en citons quelques unes ou le souffle pleurétique s'est fait entendre dans des pneumonies, vérifiée par l'autopsie. Inversement on trouve le souffle tubaire, chez des individus porteurs d'un superbe épanchement.

Le souffle voilé peut encore être remplacé par un souffle amphorique, c'est un fait signalé par M. le professeur Dieulafoy, et que M. Frémont a mis en relief dans sa thèse sur les pleurésies à signes pseudo-cavitaires. Ce souffle se rencontre dans les pleurésies avec épanchement considérable ; c'est-à-dire lorsque la condensation du poumon est portée à son maximum.

Walshe cite un cas dans lequel il a rencontré le souffle pleurétique au niveau d'hépatisations pneumoniques du sommet. Le même auteur rapporte que chez un homme atteint d'épanchement pleural, il trouva un souffle tubaire très net. Le diagnostic porté fut confirmé à l'autopsie.

Dans un cas de spléno-pneumonie publié par M. le

professeur Grancher et dont nous rapportons l'observation plus loin, nous voyons que M. le professeur Potain et M. Rigal conclurent à un épanchement pleural, en raison du souffle pleurétique que présentait le malade.

Cela fait paraître démontrer que le souffle aigu pleurétique type, même accompagné d'égophonie comme dans le cas de M. Grancher, ne suffit pas pour établir le diagnostic.

Cette question du souffle se rattache celle des râles qui accompagnent quelquefois l'épanchement pleural. M. le professeur Jaccoud pense que ces râles sont dus soit à une bronchite concomitante, soit à une diminution du calibre des bronches. Ces râles peuvent simuler le gargouillement; et en présence du souffle amphorique on serait tenté de se croire en présence d'excavations tuberculeuses.

Frottements. — Les bruits de frottement de règle dans la pleurésie sèche sont, au contraire extrêmement rares dans la pleurésie avec épanchement. Telle est du moins l'opinion de Walshe. Il est, en effet, assez difficile de comprendre la production du bruit de frottement en présence d'un épanchement. Le frottement qui consiste en une série de bruits brusques et saccadés, est produit par le glissement l'un sur l'autre des deux feuillets pleuraux dépolis par la présence de dépôts plus ou moins considérables de fibrine. Comment peut-il y avoir frottement quand ces deux mêmes feuillets sont séparés par une lame liquide? Cela se conçoit difficilement. Du reste, la clinique nous apprend qu'il n'y a pas coexistence des deux

phénomènes. Cependant Stokes a signalé un cas dans lequel on percevait des bruits de frottement dans la région postéro-inférieure et latérale de la poitrine, bien qu'il existât une matité considérable. De là, il conclut que les bruits de frottement peuvent se faire entendre en présence d'un épanchement abondant. Nous serions en droit de nous demander d'après ce que nous avons dit de la matité si Stokes se trouvait bien en présence d'un épanchement.

Quoiqu'il en soit, en admettant même que les bruits de frottement, depuis le simple frôlement mobile et fugace à l'extrême, jusqu'au frottement imitant le bruit de cuir neuf, se rencontrent en même temps que l'épanchement ; nous ne croyons pas que l'on puisse s'appuyer sur ce signe. Que nous dit Laennec ? Que le bruit de frottement appartient à l'emphysème. Peut être cette opinion est-elle exagérée. Cependant Walshe dit en avoir rencontré des cas, et sans admettre dans toute sa rigueur l'opinion de Laennec, il pense que cette opinion n'est pas aussi erronée qu'on ne l'a dit. Voici du reste ce qu'il apporte à l'appui de l'assertion de Laennec : « J'ai plusieurs observations d'individus qui, ayant offert à l'autopsie une extravasation considérable d'air sous les plèvres, avaient présenté du frottement, et l'autopsie ne dit pas un mot de l'existence de fausses membranes pleurales.

Le même auteur signale l'existence de frottements au niveau de points d'hépatisation. De plus, il dit avoir observé des plaques calcaires à la surface du poumon, chez les tuberculeux, plaques qui donnaient naissance à un

craquement ressemblant à s'y méprendre au bruit de frottement.

Il est un autre genre de frottement que l'on a signalé ; c'est le frottement râle de Damoiseau. Si nous nous reportons au texte même de Damoiseau, nous pensons que sa constatation n'offre qu'une valeur très restreinte. Voici ce que dit Damoiseau : « Le râle crépitant de la pneumonie ressemble tellement à certains bruits de frottement pleurétique qu'il est absolument impossible de l'en distinguer. »

Pour terminer nous dirons avec Guéneau de Mussy qu'il est possible, lorsque l'épanchement est peu abondant et que la collection liquide n'envahit pas les parties latérales, de retrouver les frottements sur la limite extrême de l'épanchement. Nous disons il est possible ; mais dans la plupart des cas, les frottements feront défaut et leur présence ne saurait faire affirmer l'existence d'un épanchement, en raison même de la diversité des affections dans lesquels on les trouve.

Egophonie. — Ce phénomène découvert par Laennec, fut décrit de main de maître par l'illustre auteur de l'auscultation. Du premier coup l'égophonie avec tous ses caractères se trouva constituée ; mais où Laennec alla trop loin, c'est lorsqu'il affirma le parallélisme constant de l'épanchement pleural et de l'égophonie.

Depuis Laennec les auteurs divergent quelque peu d'opinion. Pour les uns, l'égophonie est restée le signe pathognomonique de l'épanchement pleural ; pour les autres l'égophonie se retrouverait dans d'autres affections,

dans la pneumonie par exemple. Ces opinions contraires sont rapportées par Homolle qui met en opposition M. Frantzel et M. le professeur Potain.

Guéneau de Mussy restreint singulièrement la valeur de ce signe. D'après lui l'égophonie se rencontrerait assez souvent dans la pleurésie; mais il subordonne sa production à trois conditions : 1° il faut que l'épanchement soit de médiocre épaisseur, 2° que la tension intra-thoracique ne soit pas excessive, 3° que la voix ne soit pas très aiguë. De plus il affirme la présence de l'égophonie en l'absence de tout épanchement alors que les fosses membranes existent seules.

M. Landouzy signale la présence de l'égophonie alors que le liquide a déjà disparu.

Skoda affirme avoir rencontré l'égophonie au niveau d'hépatisations pures, Walshe qui cite cette assertion de Skoda, conteste ce fait et dit n'avoir jamais rencontré de cas semblables.

Cependant Bourdel note l'existence on peu près constante de l'égophonie dans la spléno-pneumonie. Il l'a trouvée plusieurs fois très nette. Du reste dans les observations que nous citons, observations qui ont été empruntées à sa thèse, nous trouvons constamment signalée l'égophonie, et malgré cela la ponction exploratrice n'a jamais fourni le liquide.

Que l'on rencontre l'égophonie dans d'autres affections que la pleurésie, passe encore, nous ne pourrions en déduire que ceci : c'est que ce signe est commun à différents états pathologiques. Mais nous la retrouvons à l'é-

tat normal. Si nous en croyons Lasèque, les femmes ont de l'égophonie à l'état normal.

L'égophonie existe-t-elle toujours lorsqu'il y a épanchement ? A cela nous répondrons en citant les paroles de Laennec : Je pense que l'égophonie a lieu dans tous les cas de pleurésie si l'on en excepte trois : 1° celui d'un épanchement survenu d'une manière très rapide et assez abondant pour refouler tout-à-coup le poumon contre le médiastin et aplatir complètement les gros réseaux bronchiques, avant que le malade ait été examiné, 2° etc....

Nous voyons donc, que Laennec lui-même est forcé de convenir que l'égophonie n'existe pas toujours concurremment à l'épanchement. Il est vrai qu'il met une restriction et que si on n'a pas trouvé l'égophonie c'est que le malade n'a pas été examiné à temps.

L'égophonie peut changer de place, en faisant varier les attitudes du malade, c'est ce que tendent à prouver les expériences de Reynaut,

Encore est-il qu'il est nécessaire que la pleurésie soit récente et que le liquide ne soit pas maintenu par de fausses membranes. Cette opinion de Reynaut est acceptée par Walshé. D'après le même auteur l'égophonie ne s'entend pas au niveau de la plus forte matité, elle suit la marche de l'épanchement et ne s'étend qu'à sa limite supérieure lorsque celui-ci est abondant.

Andral signale cependant un cas où malgré un épanchement considérable, il y avait une égophonie persistante.

Il existe des cas où l'égophonie d'abord très nette disparaît, puis reparaît au moment où l'épanchement dé-

croît. Ce ne sont pas seulement des cas de pleurésie : dans la spléno-pneumonie, le fait s'est produit ainsi qu'en témoigne la thèse de Bourdel déjà citée ?

Nous avons reproduit les différents cas dans lesquels se produisait l'égophonie, cas bien dissemblables se rapportant les uns à la pneumonie les autres à la spléno-pneumonie, d'autres enfin à la pleurésie. Comment expliquerons-nous la production de l'égophonie dans ces cas multiples et absolument différents.

Bien des théories ont été émises sur ce sujet ; nous ne citerons que celle de Laennec.

Laennec attribue la production de l'égophonie à la réunion de deux conditions : densité plus grande du tissu pulmonaire et présence d'un liquide servant de conducteur. Voici du reste ce que dit Laennec : « L'égophonie, est la résonnance naturelle de la voix dans les rameaux bronchiques, transmise par l'intermède d'une couche mince et tremblotante de liquide épanché, et devenant plus sensible à raison de la compression du tissu pulmonaire, qui le rend plus dense que dans l'état naturel, et par conséquent, plus propre à transmettre les sons. »

Cette théorie ne s'explique qu'aux faits de compression pulmonaire par un épanchement liquide et reste muette sur les cas où l'égophonie se produit sans qu'il y ait épanchement de liquide.

M. Pignol dans sa thèse a repris la question, et s'est proposé de démontrer le mécanisme de l'égophonie. « L'égophonie, dit-il, a pour caractères, un son aigu, une intensité faible, un chevrotement particulier, une résonnance argentine. » Il étudie successivement chacun de

ces caractères et en détermine la cause. S'appuyant sur les expériences d'Helmholtz il montre que le timbre égophonique consiste dans l'apparition d'harmoniques jusqu'à indistincts, ces harmoniques devenant distincts grâce à un changement de densité du poumon, le liquide ne jouant qu'un rôle secondaire. Voici du reste en quels termes il s'exprime : « l'égophonie se fait entendre parce que la disposition nouvelle des parties résonnantes ne favorise que certains harmoniques du son vocal. »

Quant au liquide il sert bien à modifier le timbre vocal à le rendre plus élevé, à l'affaiblir, à le rendre chevrotant ; mais sa présence n'est pas nécessaire et tout autre corps peut donner le même résultat.

L'élévation du son vocal est produite par la diminution de longueur du tuyau vibrant. Le liquide épanché ayant pour effet, en refoulant le poumon, de diminuer la longueur des conduits bronchiques, la proposition se trouve vérifiée. Est-il nécessaire d'avoir du liquide dans la plèvre pour produire cette diminution de longueur ? Nullement, car l'exsudat contenu dans les bronches peut remplir le même but. Rien d'étonnant, par conséquent, si nous trouvons l'égophonie dans des cas de pneumonie.

L'affaiblissement du son local est des plus faciles à expliquer. L'intensité d'un son est en raison directe de l'amplitude des vibrations c'est une loi d'acoustique parfaitement établie. Or dans le cas qui nous occupe, les vibrations vocales passent d'un milieu plus dense, le poumon, dans un milieu moins dense le liquide, et si nous nous reportons aux lois de transmissions des ondes so-

nores, nous voyons que les solides sont meilleurs conducteurs que les liquides. Les vibrations s'affaiblissent donc en traversant la couche liquide, et le son qui est la résultante de ces vibrations doit s'atténuer dans les mêmes proportions.

Quant au chevrottement caractéristique de l'égophonie, voici comment Pignol l'explique : « Le chevrottement présente tous les caractères d'un écho imparfait. Le phénomène de l'écho résulte de la réflexion des ondes sonores. Mais pour que l'écho soit parfait, il faut que l'endroit où se produit le son et le lieu où il se réfléchit soient séparés par une distance de 17 mètres au moins. Si la distance est moindre, la réflexion est incomplète, il y a simplement résonance, et les finales des mots sont seules réfléchies. C'est là précisément un des caractères de l'égophonie. »

Quant à l'explication de la réflexion, il s'appuie sur les données physiques. On sait en effet, que les vibrations en passant d'un milieu dans un autre se divisent. Les unes se réfractent dans divers sens, quelques-unes sont absorbées, les autres enfin sont réfléchies.

D'après ce que nous venons de dire, il est facile de voir que le liquide ne joue qu'un rôle secondaire et qu'il n'y a absolument qu'une question de densités différentes. C'est du reste ce qui permet de comprendre que l'égophonie se trouve dans la spléno-pneumonie, dans la pneumonie au 3^e degré.

De ce que nous venons d'exposer, il ressort que l'égophonie tout en étant un très bon signe d'épanchement pleural, ne suffit pas pour conclure. Et quelquefois sa constatation au lieu d'éclairer le diagnostic, ne fera que

l'obscurcir si, par exemple on se trouve en présence d'une pleurésie dont les symptômes généraux et les signes physiques persistent tandis que l'épanchement a disparu. De plus nombre d'affectiont ainsi que nous l'avons vu, peuvent donner lieu au même phénomène.

Pectoriloquie aphone. — Mentionnée par Laennec, puis par Oulmont. Ce dernier considérait la pectoriloquie aphone comme constante dans les épanchements pleurétiques. Il croyait qu'on pouvait distinguer de cette manière les matités thoraciques dues à des épanchements de celles qui sont causées par la présence de tumeurs solides.

Walshe parle aussi de cette pectoriloquie à laquelle il donne le nom de pectoriloquie chuchotante; nous verrons plus loin quelle est son opinion sur la valeur de ce signe.

Baccelli a dans ces dernières années fait une étude très complète de la pectoriloquie aphone. Guéneau de Mussy reproduit les théories du médecin italien, étudie lui-même la question et montre que l'opinion de Baccelli est quelque peu erronée.

Baccelli admet en effet que la pectoriloquie aphone ne s'entend que dans les épanchements séreux. « Les liquides ténus, dit-il, agissent en sens inverse; ils n'élèvent pas notablement la résonnance broncho-pulmonaire; mais ils conduisent nettement le bruit respiratoire modifié au niveau de la partie la plus élevée de l'épanchement. » Les épanchements hémorrhagiques et purulents sont, suivant lui, parfaitement indemnes de ce signe.

Les faits sont venus démontrer ce qu'il y a d'erronné dans cette affirmation. Non-seulement la pectoriloquie

aphone n'est pas spéciale aux épanchements, mais encore elle existe avec des épanchements hémorrhagiques, et bien mieux dans des cas où il y a toute autre chose qu'une pleurésie.

Pignol a démontré à l'aide de nombreuses expériences que la pectoriloquie aphone se produisait quelque soit la nature du liquide injecté dans la plèvre. Loin de venir à l'appui de l'opinion de Baccelli, ses expériences conduisent à un résultat diamétralement opposé. Tandis que Baccelli soutient que les liquides à faible densité sont les seuls à produire la pectoriloquie aphone, Pignol montre que ce sont au contraire les liquides les plus denses qui donnent lieu ou plutôt qui laissent le mieux passer la pectoriloquie aphone. Du reste, voici l'expérience : « Dans une plèvre, on injecte 570 c. d'une solution d'agar-agar dans l'eau chaude. Cette gelée, mal fondue, a une consistance tout à fait analogue à celle du pus grumeleux. La pectoriloquie aphone est alors très évidente ; c'est la plus nette que nous ayons jamais entendue. »

Du reste, les faits cliniques faisaient pressentir ces résultats de l'expérimentation ; M. le prof. Jaccoud refuse au liquide toute influence sur la production de la pectoriloquie aphone. M. le prof. G. Sée, (Traité des maladies simples du poumon) arrive aux mêmes conclusions.

A quoi donc attribuerons-nous la production de ce phénomène ?

Tout simplement à une augmentation de densité du tissu pulmonaire, et ceci rend parfaitement compte de la variété des affections dans laquelle on la rencontre.

Walshe l'a rencontrée au niveau de petites cavernes

il dit même que longtemps il a cru que ce signe indiquait une caverne, puis il dit : « Je l'ai trouvée au niveau d'une simple hépatisation, aussi bien que dans la période de rétraction de la pleurésie, il est clair qu'il n'y a pas de signe distinctif précis. »

Le signe de Baccelli n'indique pas plus la présence d'un épanchement que son absence (c'est un fait aujourd'hui admis) n'indique un épanchement purulent.

Nous reproduisons du reste des observations qui montrent dans combien de cas, la pectoriloquie aphone peut être constatée qu'il y ait épanchement séreux ou hémorrhagique, ou que l'on soit en présence de tout autre chose qu'une pleurésie. Dans d'autres cas, nous trouvons un épanchement des plus propices, suivant l'opinion de Baccelli, à produire la pectoriloquie aphone et cependant nous ne pouvons que constater son absence.

OBSERVATION

(Tirée du Mémoire de M. Grancher. *Bulletin de la S. de Méd. des Hôpitaux*, 1884).

— Spléno-pneumonie gauche —

Le nommé R..., entre le 18 juillet 1883 à l'hôpital Necker, dans le service de M. Grancher.

C'est un jeune homme de 24 ans, sans antécédent pathologique héréditaire ou personnel.

Il y a trois mois, il se plaignit de souffrir d'un point de côté à gauche et vint à la consultation de Necker où des ventouses scarifiées furent prescrites et appliquées. La douleur se calma et R... reprit son travail ; mais de temps en temps, quand il faisait un

effort ou une grande inspiration, la douleur reparaisait vers la sixième côte. Pas de toux ni de crachats.

Le 12 juillet, six jours avant son entrée à l'hôpital, il reçut une ondée et le soir même de ce jour un point de côté se fit sentir toujours à gauche ; en même temps survinrent un gros frisson et de la dyspnée. Dans les jours qui suivirent, il fut forcé de garder la chambre, frissonnant et toussant un peu. Il vint à l'hôpital dans cet état et le soir de son entrée le thermomètre marquait 38°5.

Le 19. Etat actuel. — L'examen de la poitrine fit voir qu'il existait dans toute la partie inférieure du côté gauche depuis l'angle de l'omoplate jusqu'en bas tout le groupe des signes physiques de la pleurésie : matité avec affaiblissement considérable des vibrations, souffle aigu, broncho-égophonie, pectoriloque aphone.

Le diagnostic des élèves fut : pleurésie.

Cependant, malgré la constatation formelle des signes qui précèdent, je gardai par devers moi cette opinion que la plèvre était saine et qu'un état pathologique du poumon était la seule cause de tous les symptômes. Mais doutant encore un peu de mon diagnostic, je priai mon collègue et ami, M. Rigal de bien vouloir me donner son avis. M. Rigal pensa qu'il existait avec une congestion pulmonaire un léger épanchement pleural et pour lever toute incertitude, il fit séance tenante, avec la seringue de Pravaz une ponction exploratrice dans le point où l'égophonie lui parut le plus manifeste.

Cette ponction ne donna que quelques bulles d'air et une gouttelette de sérosité sanguinolente ; l'aiguille étant entrée immédiatement dans le poumon.

Le lendemain et les jours suivants, la fièvre fut nulle mais les mêmes signes physiques persistèrent. le malade ne toussant pas, sauf quand il se mouvait, il était pris alors d'une petite toux sans expectoration.

Le 20 et le 21, je fis deux nouvelles explorations et je pus constater que la seringue contenait des bulles d'air et un peu de sang

dès que l'aiguille avait pénétré à 8 ou 9 millimètres de profondeur ; ce qui revient à dire, étant donné l'embonpoint du sujet, que la plèvre n'avait subi aucun épaissement et que le poumon était appliqué contre la paroi thoracique.

Le 22, je priai M. le professeur Potain de voir le malade et je le mis au courant des incidents qui précèdent. M. Potain reconnut que les signes plaidaient en faveur d'une congestion pulmonaire avec épanchement et ajoute que, si la preuve de la non-existence de cet épanchement n'avait pas été faite, il n'eut pas hésité à admettre la présence d'une petite couche de liquide.

J'ai depuis ce jour, soumis ce malade à l'examen de plusieurs médecins ou internes qui tous dans l'ignorance de mes explorations conclurent à l'existence d'une pleurésie. On effet, non-seulement les signes de la pleurésie étaient réalisés, mais encore toute l'évolution de la maladie, son début, sa marche, sa localisation, etc. de sorte que l'idée d'un épanchement pleural s'imposait à un examen un peu soigné.

Il fallait pour conclure comme MM. Potain et Rigal à la présence d'une congestion pulmonaire avec un peu de pleurésie tenir grand compte de la qualité du souffle et de l'égophonie.

OBSERVATION

Spléno-pneumonie droite

Le nommé Mosn .. Marius, âgé de 19 ans, garçon limonadier, entre le 13 février 1886 à l'Hôtel-Dieu annexe dans le service de M. Létulle, salle St Maurice, lit n° 19.

C'est un homme petit, bien musclé, de teint coloré. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels. Bonne santé habituelle.

Le 8 février, cinq jours avant son entrée ayant fait quelques li-

bations, il circula la tête nue et prit froid. Le lendemain et le surlendemain il se sentit fatigué et se mit à tousser un peu.

Le 10, il eut dans la soirée, des frissons suivis de chaleur et quelques vomissements bilieux ; le 11 maux de tête, courbature anorexie, toux légère. Le 12, essaie de se lever, mais il est pris de faiblesse, d'étourdissements et reprend le lit. Il ressent dans la soirée un point de côté assez douloureux à droite, vers le mamelon. Toujours légère toux avec peu d'expectoration.

Le 13. Entrée à l'hôpital, se plaint toujours d'un point de côté assez violent à droite, dyspnée notable, un peu de fièvre le soir 39°2.

Le 14. Etat actuel. — Légère voussure de tout le côté droit, submatité à droite et en arrière à la base, avec légère diminution des vibrations vocales, souffle léger à l'expiration ; broncho égophonie à la base légers frottements pleuraux, dans l'aisselle droite gros frottements perceptibles même à la palpation. Sous la clavicule droite son tympanique.

Rien à gauche.

Toux sèche, quinteuse, fréquente, léquente ; légère expectoration un peu gommeuse.

On prescrit un ipéca stibié et des ventouses.

Le 15, Même état local ; toujours vive douleur du côté droit.

L'examen des urines révèle un peu d'albumine.

Le 16. Le côté droit est entièrement immobilisé par la douleur il semble à la vue un peu augmenté de volume. Les frottements ont diminué dans l'aisselle et disparu complètement à la base.

En ce dernier point il y a toujours une submatité très marquée un souffle léger, et par la toux on entend par moments quelques fins râles sous-crépitaux fugaces, surtout à l'inspiration.

Crachats peu abondants, blancs, gommeux.

Dans le courant de la journée le point de côté devient d'une acuité excessive, pour le diminuer le malade reste immobile dans le décubitus dorsal. Il y a des paroxysmes atroces, une injection de morphine amène un peu de soulagement. Les râles sont moins

perceptibles. Il y a de l'agitation, de l'insomnie malgré une pilule d'opium administrée dans la soirée.

Transpirations abondantes.

Le 17 dyspnée toujours assez grande et point de côté pénible. A la base droite, la matité s'est accentuée, il y a une résistance au doigt plus prononcée; au même point, diminution presque absolue des vibrations thoraciques, qui sont normales et très nettes du côté gauche (le malade ayant la voix forte), à droite ces vibrations reparaissent graduellement vers la partie moyenne du poumon. Tout à fait à la base il y a silence respiratoire complet; plus haut la respiration est devenue plus soufflante; ce souffle plus marqué que les jours précédents se montre toujours surtout à l'expiration. Il n'y a plus de râles sous-crépitaux même après la toux ou les grandes inspirations. Les frottements sont à peine perceptibles dans l'aisselle.

Toux fréquente, revenant par quintes courtes mais presque incessantes, surtout par les changements de position.

T. 39° 4, le soir, pouls plein, fréquent; langue saburrale humide.

Le 18, il y a une dilatation très appréciable à la vue de la base droite du thorax; la mensuration comparative de deux demi-périmètres de la poitrine ne donne cependant qu'un centimètre de plus à celui de la droite. Il n'y a par le cordeau aucune déviation latérale du sternum à droite.

Toute la base droite est absolument mate à la percussion, les vibrations thoraciques presque entièrement supprimées jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate, à partir de ce point elles reparaissent non brusquement mais par degrés jusqu'au sommet.

Dans presque toute l'étendue de la matité souffle de caractère doux, mais assez fort s'atténuant vers la partie moyenne de la poitrine. Tout à fait à la base il y a silence respiratoire complet: après la toux cependant il est possible de percevoir quelquefois de légères crépitations.

Broncho-égophonie toujours marquée et pectoriloquie aphone très-nette.

Point de côté moindre; toujours des quintes de toux; expectoration peu abondante, très gommeuse.

Deux ponctions exploratrices pratiquées avec la seringue de Pravaz, dans les 8^e et 10^e espaces intercostaux en arrière, n'amènent aucun liquide (le vide existe bien cependant dans la seringue car le piston descend dès qu'on le lâche).

30 Ventouses sèches.

Le 19, amélioration dans la douleur de côté. Mêmes signes physiques.

Le 22. En outre de l'abolition totale des vibrations on constate une égophonie très nette. On fait 2 nouvelles ponctions à droite qui ne donnent encore aucun résultat.

Il y a toujours de la fièvre, la température restant dans les environs de 39°. Abattement, sueurs; les urines ne contiennent plus d'albumine. Les phénomènes stéthoscopiques restent stationnaires jusqu'à la fin de février.

RESERVATION

Adénopathie bronchique. — Compression de la bronche gauche. — Pectoriloquie aphone. — Pignol, Thèse Paris 1887).

M^{lle} R..., 19 ans, a été atteinte dans son enfance de tuberculose ganglionnaire. Elle porte au niveau de la latérale droite du cou et derrière l'angle correspondant de la mâchoire des cicatrices manifestement dues à une adénopathie suppurée.

Actuellement, M^{lle} R..., dont l'état général est d'ailleurs bon se plaint d'avoir assez souvent des quintes de toux suivies de vomissements. La percussion de l'espace interscapulaire donne un son mat surtout accentué à gauche. A ce niveau, l'auscultation fait entendre une respiration rude soufflante. En faisant parler la

malade à voix basse on perçoit au même point une pectoriloquie aphone des plus nettes.

L'auscultation ne révèle absolument rien dans le reste de 1^a poitrine.

OBSERVATIONS de pneumonies anormales publiée dans la thèse
de M. Helme, Paris 1887.

Observation I. — H..., 41 ans. Pneumonie droite. Vibrations diminuées dans les 2/3 supérieurs du côté droit, au même point souffle doux, broncho-égophonie typique, pectoriloquie aphone très nette.

Autopsie. — Pneumonie massive des lobes supérieurs et moyen. Pas de liquide. Fibrine gélatineuse en couche épaisse.

Observation II. — H..., 23 ans. Pneumonie gauche. Vibrations normales et souffle tubaire, avec pectoriloquie aphone peu nette et bronchophonie pendant les premières heures. Ensuite les vibrations diminuent, le souffle devient plus doux, il y a de la broncho-égophonie et la pectoriloquie aphone est très nette.

Autopsie. — Pneumonie massive totale du poumon gauche; couche de fibrine gélatineuse irrégulière à la surface.

Observation III. — F..., 55 ans. Pneumonie droite. Souffle doux, broncho-égophonie, pectoriloquie aphone typique.

Autopsie. — Pneumonie massive totale du poumon gauche. Exsudat fibrino-gélatineux à la surface.

Observations I. — H..., 25 ans. Pneumonie de la base droite. Souffle expiratoire doux et voilé, vibrations diminuées, égophonie, pectoriloquie aphone mal articulée. La ponction pratiquée en raison du caractère pleurétique du souffle, donne à peine 25 c. c. de liquide : Défervescence au 8^e jour. Guérison.

Observation II. — H..., 64 ans. Pneumonie gauche. Au début, souffle tubaire et vibrations exagérées, égophonie. Plus tard, souffle doux, broncho-égophonie, pectoriloquie aphone. Cra-chats.

Autopsie. — Pneumonie massive de tout le poumon gauche, moules fibrineux dans les petites bronches. Fibrine étalée en couche à la surface du poumon.

Observation III. — H..., 34 ans. Pneumonie migratrice. Souffle doux, vibrations diminuées, broncho-égophonie, pectoriloquie aphone observés successivement en plusieurs points des deux côtés. Guérison.

Observation IV. — H..., 25 ans. Pneumonie migratrice. Souffle doux aux deux bases, égophonie, pectoriloquie aphone, vibrations normales. Ces signes se déplacent et sont successivement entendus dans plusieurs points des deux poumons. Guérison.

OBSERVATION

Infiltration tuberculeuse et Cavernes. — Pectoriloquie aphone
(Thèse de Pignol 1887)

H..., 55 ans, entre à la Charité, service de M. Bernutz, salle Saint-Louis, lit numéro 7, au mois de mars 1884.

Cet homme pâle et amaigri, est affecté d'une laryngite tuberculeuse qui le rend presque aphone. L'examen des poumons donne les résultats suivants : aux deux sommets, mais surtout au sommet droit, la percussion donne une matité complète. Sous la clavicule droite, bruit du pot fêlé. Gargouillements par la toux dans la fosse sus-épineuse droite. En ce point la voix chuchotante du malade se transmet comme s'il parlait dans l'oreille de l'observateur. Cette résonnance ne s'observe que dans ce seul point. Dans le reste du poumon, la voix chuchotée n'est pas perçue.

L'autopsie n'a pas été faite, mais les signes stéthoscopiques rendaient le diagnostic assez évident pour qu'il fut inutile de le vérifier.

OBSERVATION (*Inédite*)

(*Due à l'obligeance de notre ami Artaud externe des hôpitaux*)

Pleurésie gauche ancienne. — Persistance de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone malgré la disparition de l'épanchement.

L..., âgé de 43 entre le 3 avril 1889 salle St-Charles à l'Hôtel-Dieu.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

Il y a 6 mois il a eu une bronchite avec point pleurétique.

Il entre à ce moment dans le service de M. Féréol à la Charité. On porte le diagnostic de pleurésie gauche, une première ponction donne un litre de liquide, une seconde donne deux litres.

Il sort de l'hôpital; l'essoufflement, continuent, la toux le forcent à rentrer à l'hôpital.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu on constate :

Matité absolue du côté gauche jusque en haut, aussi bien en arrière qu'en avant.

Pas de déformation apparente du thorax.

Vibrations thoraciques très diminuées.

Abolition du murmure respiratoire : en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate, en avant jusqu'au 4^e espace intercostal, sur le côté, jusque dans l'aisselle.

En arrière au sommet : souffle tubaire, égophonie au niveau de l'épine de l'omoplate, un peu en dehors.

Pectoriloquie aphone dans la même région.

En avant sous la clavicule quelques râles crépitants.

Cœur dévié à droite, pointe abaissée, battant à 5 cent. en dedans du mamelon au niveau du 6^e espace intercostal.

Les battements sont perçus dans le creux épigastrique.

Respiration exagérée à droite.

Dyspnée. — Toux quinteuse.

4 Avril. — On pratique une première ponction, pas de liquide. Quelque temps après, le 10 avril on pratique une seconde ponction en raison de la persistance de l'égophonie et la pectoriloquie aphone. On obtient le même résultat.

Depuis cette époque on a constaté du côté droit des craquements profonds au niveau de l'aisselle.

OBSERVATION

*Pneumonie ? probablement tuberculeuse. Pectoriloquie aphone.
(Thèse de Pignol)*

Il..., 42 ans, entré à l'Hôtel-Dieu, service de M. le professeur G. Sée, salle St-Joseph, lit numéro 23, le 16 juillet 1886.

Cet homme malade depuis plusieurs mois, sujet à s'enrhumer, a tout l'aspect d'un tuberculeux. Il y a trois jours, il a été pris d'un frisson violent avec point de côté à droite.

Au moment où nous le voyons, il présente des signes nets de pneumonie du sommet droit ; râles crépitants et souffle tubaire, bronchophonie,, pectoriloquie aphone très nette.

Huit jours après, les signes stéthoscopiques de la pneumonie ont disparu, et avec eux la pectoriloquie aphoné. Il reste de l'expiration prolongée et de la respiration saccadée au point qu'ils occupaient.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

1° Aucun des signes classiques de l'épanchement pleural ne peut-être considéré comme pathognomonique de la pleurésie; ces signes pouvant se rencontrer en l'absence de tout épanchement.

2° Certaines pleurésies présentent des signes qui se rencontrent communément dans des affections différentes et qui peuvent être tantôt surajoutés, tantôt substitués aux signes habituels de la pleurésie.

3° Le seul signe caractéristique de l'existence de l'épanchement pleural, c'est la présence du liquide dans le corps de la seringue; à la condition, toutefois, que l'examen microscopique de ce liquide démontre l'absence de crochets.

4° Les déplacements de la matité ont également une très grande valeur; mais leur constatation est souvent impossible.

Vu : le Président de thèse,

B. BALL.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- LAENNEC. — Traité d'auscultation médiate.
- WALSHE. — Traité d'auscultation. Trad. de Fonssagrives.
- GUENEAU DE MUSSY. — Cliniques t. IV.
- Me^{lle} BOURCHIER. — Thèse de Paris 1883.
- JACCOUD. — Traité de Pathologie Interne. Cliniques de la Pitié 1883-84.
- CORNIL. — Leçons recueillis par Budin (Progrès Médical n° 7 1874.)
- HOMOLLE. — Des pleurésies et de leur traitement (Revue des sciences médicales. t. XV.
- RAMEY. — Thèse de Bordeaux 1884.
- BOUILLY. — Rapport entre les signes de la pleurésie et la quantité de l'épanchement. (Arch. Gén. de Med. 1876.)
- G. SÉE. — Maladies simples du poumon.
- BOURDEL. — De la spléno-pneumonie. (Thèse Paris 1886)
- DIEULAFOY. — Gazette hebdomadaire 1878 n° 3.
- id Traité de Pathologie Interne.
- FISELBRAND. — Des vibrations pleurétiques dans les épanchements thoraciques. (Thèse de Paris 1876)
- MERCADIER. — De la Pectoriloquie aphonique dans la pleurésie. Thèse (Paris 1876)
- JOZAN. — Thèse Doct. Paris 1879)

GRANCHER. — Gaz. Méd. de Paris. 1877 n° 48. 1874 n°s 4, 4, 8.

HANOT. — Art. Phtisie du Dict. de Méd. et de Chir. pratique.

PIGNOL. — Recherches sur quelques signes stéthoscopiques (Thèse (Paris 1887)

FRÉMONT. — De la pleurésie à signes pseudo cavitaires. (Thèse Paris 1886)

PETER. — Clinique médicale.

